

# **Bachelorarbeit**

## **Thema:**

**Die Stellung des betrieblichen Eingliederungsmanagements  
im betrieblichen Gesundheitsmanagement ausgewählter  
mittelständischer Firmen der IT-Branche und Ableitung einer  
standardisierten Vorgehensweise bei Wiedereingliederung  
von Mitarbeitern**

Zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts

Eingereicht von:	Tobias Mäder	Mat. Nr.:	21951
Geboren am:	17.10.1987	in:	Rodewisch
Studiengang:	Betriebswirtschaftslehre		
Abgabetermin:	31.08.2013		
Erstprüfer:	Dipl. Jutta Dinnebier		
Zweitprüfer:	Prof. Dr. Ulla Meister		

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>

## Teil I

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Das betriebliche Gesundheitsmanagement .....</b>	<b>3</b>
2.0 Vorbemerkungen .....	3
2.1 Zu den Begriffen „Gesundheit“ und „Krankheit“ .....	3
2.2 Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung .....	6
2.3 Der demografische Wandel .....	10
2.4 Fakten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement .....	15
2.5 Teilbereiche des BGM .....	19
2.6 Gesetzliche Grundlagen .....	23
2.7 Werkzeuge des BGM.....	25
2.8 Ökonomischer Nutzen .....	27
<b>3 Das betriebliches Eingliederungsmanagement.....</b>	<b>29</b>
3.0 Vorbetrachtungen zur Thematik.....	29
3.1 Aufgaben und Ziele des BEM .....	30
3.2 Gesetzliche Regelungen des BEM .....	31
3.3 Beteiligte und deren Aufgaben.....	33
3.3.1 Unternehmensinterne Beteiligte .....	33
3.3.2 Unternehmensexterne Beteiligte .....	35
3.4 Maßnahmen .....	36
3.4.1 Maßnahmen im Überblick .....	36
3.4.2. Stufenweise Wiedereingliederung.....	38
3.5 Ablaufschema.....	39
3.6 Hürden und Herausforderungen .....	42

**Teil II**

<b>4</b>	<b>Praxisteil .....</b>	<b>44</b>
4.0	Vorbetrachtungen .....	44
4.1	Fragebogenerhebung .....	44
4.2	Deskriptive Statistik der teilnehmenden Unternehmen .....	46
4.3	Ergebnisse .....	47
4.4	Diskussion der Ergebnisse .....	52
4.5	Vorschlag eines standardisierten Vorgehens zum BEM.....	57
<b>5</b>	<b>Schlussbetrachtungen.....</b>	<b>60</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
	<b>Anhangverzeichnis .....</b>	<b>X</b>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 - Krankenstand der AOK-Mitglieder im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht</i>	7
<i>Abbildung 2 - Anzahl der Fälle und dauer der Arbeitsunfähigkeit der AOK-Mitglieder im Jahr 2011 nach Alter</i>	8
<i>Abbildung 3 - Aufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 und 2060</i>	11
<i>Abbildung 4 - Bevölkerung nach Altersgruppen</i>	12
<i>Abbildung 5 - Bevölkerung im Erwerbsalter in den drei Altersgruppen</i>	13
<i>Abbildung 6 - prozentuale Entwicklung der Erwerbspersonen von 2004 bis 2050</i>	14
<i>Abbildung 7 - Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit</i>	16
<i>Abbildung 8 - ausgewählte beteiligte Akteure des BGM</i>	17
<i>Abbildung 9 - Das betriebliche Gesundheitshaus</i>	20
<i>Abbildung 10 - Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels</i>	26
<i>Abbildung 11- Instrumente der BGF im Rahmen der Personalentwicklung</i>	27
<i>Abbildung 12 - Träger der Leistung zur Teilhabe</i>	36
<i>Abbildung 13 - Angebote zur beruflichen Eingliederung</i>	37
<i>Abbildung 14 - Der BEM-Prozess</i>	40
<i>Abbildung 15 - Auswertung der Betriebsgröße</i>	46
<i>Abbildung 16 – BEM in der Unternehmenspraxis</i>	48
<i>Abbildung 17 – Durchführung Maßnahmen Gesundheitsprävention</i>	50
<i>Abbildung 18 - Durchführung Maßnahmen BGF</i>	51

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 - Zielvorstellung in Abhängigkeit der Wirkungsebenen des BGM .....</i>	<i>18</i>
<i>Tabelle 2 – beteiligte interne Akteure des BEM (eigene Darstellung) .....</i>	<i>35</i>
<i>Tabelle 3 - Hindernisse und Hürden des BEM lt. BMAS .....</i>	<i>43</i>
<i>Tabelle 4 – Angaben zu den teilnehmenden Unternehmen (geordnet nach Mitarbeiterzahl)</i> <i>.....</i>	<i>47</i>

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
AsiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BEM	betriebliches Eingliederungsmanagement
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
bspw.	beispielsweise
BV	Betriebsvereinbarung
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
ebd.	ebenda
et al.	et alii
eventl.	eventuell
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
lt.	laut
Mio.	Million
mögl.	möglich
S.	Seite
SBA	statistisches Bundesamt
SGB	Sozialgesetzbuch
s. o.	siehe oben
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

# 1 Einleitung

Laut der WHO wird Gesundheit als „Zustand des vollkommenen körperlichen, sozialen und seelischen Wohlbefinden ...“<sup>1</sup> bezeichnet. Hierbei handelt es sich aber stets um den subjektiv wahrgenommenen Zustand und wird durch jeden selbst bestimmt. „Gesund sein“ bedeutet für viele „leistungsfähig“ zu sein und steht somit eng in Verbindung mit der „Arbeitsfähigkeit“. Das Wohlbefinden kann aber durch sogenannte „Stressoren“ aus dem Gleichgewicht geraten.<sup>2</sup> Hierbei spielen oft Belastungen am Arbeitsplatz eine Rolle. Um diese zu reduzieren und die Mitarbeiter langfristig zu stärken hat sich in den letzten Jahren das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) als Teilgebiet des „Human Resource Management“ entwickelt. Mit dem Ziel entstehende Kosten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren und die Angestellten nachhaltig zu stärken. Obwohl in den letzten Jahren viel für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) getan wurde und viele Unternehmen Konzepte für ein ganzheitliches BGM entwickelt haben, kann ein radikaler Rückgang der Fehlzeiten nicht festgestellt werden.<sup>3</sup> Hauptgründe dafür sind der demografische Wandel und die Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre in Deutschland. Der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter von 30 bis 49 Jahren liegt aktuell bei 50 Prozent. In der Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren bei 30 Prozent. Im Jahr 2020 wird sich der Anteil der mittleren Altersgruppe von 30 bis 49 Jahren um etwa 10 Prozent reduzieren und ältere Erwerbsfähige werden etwa 40 Prozent der arbeitenden Gesellschaft ausmachen.<sup>4</sup> Mitarbeiter im gehobenen Alter haben jedoch auch ein erhöhtes Risiko chronische Krankheiten, wie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats, der Atemwege, psychische und Krebserkrankungen zu erleiden.<sup>5</sup> Um diese Mitarbeiter, welche länger als sechs Wochen im Jahr krankheitsbedingt fehlen, wieder in die Erwerbsfähigkeit zu holen und sie vor einer

---

<sup>1</sup> WHO: Constitution of World Health Organization. Zugriff unter:

<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/> (16.08.2013), S.18.

<sup>2</sup> Vgl. Stoffel, S. et al.: Baukasten für betriebliche Gesundheitsförderung. Module für Gesundheit und Leistungsfähigkeit im (Berufs-)leben, Aachen: Meyer&Meyer Verlag 2012, S.23.

<sup>3</sup> Meyer, M. et al.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011. In: Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2012, S.291-476, hier: S.291f.

<sup>4</sup> Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Ratgeber Demografie. Tipps und Hilfen für Betriebe. 2007. Zugriff unter <http://www.bmwi.de/DE/Mediathek/publikationen,did=231932.htm?view=renderPrint> (16.08.2013), S.6.

<sup>5</sup> Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: RKI 2012. Zugriff unter: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.html> (16.08.2013), S.8.

Kündigung zu schützen, wurde im Jahr 2004 das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) gesetzlich verankert (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Als Bestandteil des BGM soll das BEM mit Maßnahmen, wie zum Beispiel der stufenweisen Wiedereingliederung oder der Umgestaltung des Arbeitsplatzes, Arbeitsunfähigkeit überwunden und die von Krankheit betroffenen Mitarbeiter ins Berufsleben zurück geführt werden.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema: **„Die Stellung des betrieblichen Eingliederungsmanagements im betrieblichen Gesundheitsmanagement ausgewählter mittelständischer Firmen der IT-Branche und Ableitung einer standardisierten Vorgehensweise bei Wiedereingliederung von Mitarbeitern“.**

Im ersten Teil der Theorie wird ausgehend von der Frage: Was bedeutet Gesundheit und wie kann man gesund bleiben ein Zugang zum BGM geschaffen. Hierbei wird ebenfalls kurz auf Daten und Fakten zum Gesundheitszustand und Altersstruktur der deutschen Bevölkerung eingegangen. Anschließend werden wichtige Fakten zum BGM erläutert und auf die Teilgebiete des BGM, insbesondere BGF und den Arbeitsschutz näher eingegangen. Ebenfalls werden in diesem ersten Abschnitt gesetzliche Grundlagen, die Werkzeuge des BGM und der ökonomische Nutzen des BGM beleuchtet.

Das BEM, als Teilgebiet des BGM ist Schwerpunkt des dritten Kapitels der vorliegenden Arbeit. Hierbei steht im Vordergrund alle theoretischen Aspekte zum BEM, als Grundlage für den nachfolgenden Praxisteil zu betrachten. Dazu zählen Aufgaben, Ziele, gesetzliche Regelungen, beteiligte Akteure sowie deren Aufgaben, Maßnahmen des BEM und das zugehörige Ablaufschema. Abschließend wird auf evtl. entstehende Hürden und Herausforderungen des BEM eingegangen.

Nach Abschluss des theoretischen Teils folgt mit Teil II der Praxisteil. Es wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt, um festzustellen inwiefern mittelständische Unternehmen der IT-Branche BEM bereits durchgeführt haben. Anhand deren Erfahrungen mit dem BEM ein standardisiertes Verfahren einer Wiedereingliederung zu erstellen. Es ergeben sich hierbei folgende Forschungsfragen:

- 1. Wurde BEM in den befragten Unternehmen bereits durchgeführt?**
- 2. In welcher Art und Weise wird BEM durchgeführt?**
- 3. Sind Strukturen eines BGM in den Unternehmen verankert?**



## 2 Das betriebliche Gesundheitsmanagement

### 2.0 Vorbemerkungen

Die nachfolgenden Kapitel geben einen Überblick zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dabei wird zum einen genauer auf die Begriffe der Gesundheit und Krankheit eingegangen und zum anderen werden die Instrumente, gesetzliche Grundlagen, die Teilgebiete sowie der ökonomische Nutzen des BGM näher erläutert.

### 2.1 Zu den Begriffen „Gesundheit“ und „Krankheit“

Wenn ein BGM im Unternehmen eingeführt werden soll, müssen, um die Gesundheit der Mitarbeiter zu stärken und zu fördern, zu allererst die Fragen geklärt werden, was Gesundheit überhaupt ist und wie man Gesundheit näher beschreiben kann. Nachfolgend werden Definitionen und Modelle der Gesundheit näher erläutert und ihr Bezug zum BGM veranschaulicht.

Eine allgemeingültige Definition von Gesundheit gibt es allerdings nicht. Wie schon in der Einleitung erwähnt, beschreibt die WHO Gesundheit seit 1948 als „Zustand des vollkommenen körperlichen, sozialen und seelischen Wohlbefinden und nicht allein als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“.<sup>6</sup> So wird neben körperlich-biologischen Aspekten, auch die psychosoziale Seite betrachtet und auf ein positiv und ganzheitlich orientiertes Gesundheitsverständnis plädiert. Dies beinhaltet auch eine gesellschaftliche Ausrichtung, denn Gesundheit wird als Ressource bezeichnet, „die es jedem Bürger ermöglicht, sein Potenzial auszuschöpfen und zur Entwicklung der Gesellschaft insgesamt beizutragen“.<sup>7</sup> In der aktuellen Zeit erweist sich diese Begriffsbestimmung allerdings als „mangelhaft“, denn dieses Optimum des „vollkommenen“ Wohlbefindens muss und kann nicht erreicht werden.<sup>8</sup> Es wird allerdings deutlich, dass Gesundheit von

---

<sup>6</sup> WHO: Constitution of World Health Organization, S.18.

<sup>7</sup> WHO: Zentrale Elemente von „Gesundheit 2020“. Zugriff unter: <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/what-are-the-key-components-of-health-2020> (16.08.2013), S.14.

<sup>8</sup> Vgl. Goldgruber, J.: Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung, Wiesbaden: Gabler Verlag 2012, S.11.

Krankheit abzugrenzen ist und je nach dem Bezugssystem (Medizin, Individuum oder Gesellschaft) als Abweichung von biologischen, verhaltensmäßigen oder sozialen Normen bestimmt wird. So werden in der Medizin Diagnosen für eine Krankheit anhand von Symptomen bestimmt und Gesundheit somit als Abwesenheit von Krankheit bezeichnet. Der Begriff Krankheit kann als „lokalisierte biologisch-physikalische messbare Abweichung von der „gesunden“ Norm“ bezeichnet werden.<sup>9</sup> Zum näheren Beschreiben dieser Prozesse in der Medizin dient das biomedizinische Modell, welches oft als pathogenetisches Modell bezeichnet wird, weil der Prozess der Krankheitsentstehung mit diesem beschrieben wird.<sup>10</sup> Die Entstehung einer Krankheit wird durch Risikofaktoren begünstigt. Dies kann als Merkmal verstanden werden, welches die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins für eine Krankheit erhöht.<sup>11</sup> Durch präventive Maßnahmen können ungünstige Verhaltensweisen oder schädliche Einflüsse vermindert werden. In der BGF ist der Arbeitsschutz ein Beispiel für eine biomedizinische Vorgehensweise.<sup>12</sup>

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell kann als Erweiterung verstanden werden und beschreibt die Entstehung von Krankheit durch biologische, psychische und soziale Faktoren.<sup>13</sup> Das bedeutet, Krankheit kann durch Wechselwirkung von genetischen Faktoren, Belastungen, wie Stress, aber auch der sozialen Komponente, wie Lebensweise und soziale Schichtzugehörigkeit entstehen und sich wiederum negativ auf die beschriebenen Bezugssysteme auswirken. Eine Ausdifferenzierung des biopsychosozialen Modells stellt das systemische Anforderungs- und Ressourcenmodell (SAR-Modell) dar.<sup>14</sup> So steht die Interaktion zwischen Umwelt und Individuum im Mittelpunkt dieser Betrachtungsweise. Das bedeutet, dass Anforderungen an den Menschen mit den verfügbaren Ressourcen mehr oder weniger gut bewältigt werden und den gesundheitlichen Zustand somit bestimmen.<sup>15</sup> Dies bedeutet ebenfalls, dass jeder Arbeiter belastende Bedingungen am Arbeitsplatz oder im Arbeitsprozess unterschiedlich wahrnimmt. Außerdem können Faktoren je nach Situation als Ressource oder als Anforderung gewertet werden.

---

Vgl. Faller, H./Lang, H.: Medizinische Psychologie und Soziologie, Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag 2010, S.5.

<sup>9</sup> Vgl. Greiner, B.: Der Gesundheitsbegriff. In: Bramberg, E. (Hrsg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung: arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte, Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1998, S.39-59, hier: S.40.

<sup>10</sup> Vgl. Faller/Lang: Medizinische Psychologie und Soziologie, S.5.

<sup>11</sup> Vgl. Schneider, C.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Nebenwirkung Gesundheit (2.Auflage), Bern: Verlag Hans Huber 2012, S.28f.

<sup>12</sup> Vgl. ebd., S.28f.

<sup>13</sup> Vgl. Faller, H./Lang, H.: Medizinische Psychologie und Soziologie, S.5.

<sup>14</sup> Schneider, C.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, S.32

<sup>15</sup> Vgl. ebd., S.32f.

Wenn man vom Mensch als Bezugssystem ausgeht, wird oft von sogenannten „Laienmodellen“ der Gesundheit gesprochen.<sup>16</sup> Hier wird Gesundheit als subjektives Gebilde verstanden und durch das individuelle Befinden einer Person bestimmt. Jede Person hat eine „Mitverantwortung“ und kann somit durch präventive Maßnahmen die eigene Gesundheit „beeinflussen“. Eng in Verbindung damit steht eine weitere Dimension von Gesundheit: die Handlungsfähigkeit. Sein Leistungsvermögen auszuschöpfen und alle Lebensbereiche zu absolvieren, um somit auch eine bestimmte soziale Rolle auszuführen, heißt für viele Menschen „gesund“ zu sein.<sup>17</sup> So wird „gesund sein“ oft eng mit „arbeitsfähig sein“ verbunden.

Ein weiteres weitverbreitetes Modell zur Gesundheit ist das Salutogenese-Modell von Antonovsky. In diesem geht es nicht um die Frage, warum man krank wird, sondern er beschäftigt sich damit, warum Menschen trotz der Konfrontation mit einer Vielzahl von Gesundheitsrisiken gesund bleiben. Im Blickpunkt stehen hier jene Faktoren, die die Gesundheit erhalten. Eine wichtige Ressource ist neben körperlichen, psychischen, materiellen, sozialen und kulturellen Faktoren der Kohärenzsinn. Dieser wird als ein „Gefühl des Vertrauens, dass Ereignisse in der (...) Umwelt vorhersehbar und strukturierbar sind, dass Ressourcen verfügbar sind, Anforderungen zu meistern...“ beschrieben.<sup>18</sup> Dieses beinhaltet drei unterschiedliche innere Zustände: die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit.<sup>19</sup> Zahlreiche Ergebnisse in der jüngsten Vergangenheit zeigten, dass ein hoher Kohärenzsinn mit einem guten Gesundheitszustand in Verbindung zu bringen ist.<sup>20</sup> Jeder Mensch befindet sich laut Antonovsky auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit, die ohne klare Grenzen ineinander übergehen. Wo man sich letztendlich auf diesen „Gesundheits-Krankheitskontinuum“ befindet, stellt das Ergebnis eines Aufeinandertreffens zwischen den belastenden Faktoren, den Stressoren und den schützenden Faktoren, den Widerstandsressourcen im Kontext der Lebensweise dar.<sup>21</sup> So kann dieses Modell helfen ein erweitertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln und Gesundheit als Prozess wahrzunehmen.<sup>22</sup>

---

<sup>16</sup> Vgl. Ulich, E./ Wülser, M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (3., überarb. Auflage), Wiesbaden: Gabler 2009, S.7.

<sup>17</sup> Vgl. Buser, K. et al: Kurzlehrbuch Medizinische Gesundheit, Medizinische Soziologie (6.Auflage), München: Elsevier GmbH 2007, S.7.

<sup>18</sup> Antonovsky, A., Übersetzung durch Franke (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: DgvtVerl, S.30.

<sup>19</sup> Vgl. Waller, H. Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis (2. überarb. Auflage), Stuttgart: W. Kohlhammer 1996, S.14.

<sup>20</sup> Antonovsky, A., Übersetzung durch Franke (1997): Salutogenese, S.15.

<sup>21</sup> Vgl. Waller, H.: Gesundheitswissenschaft, S.15.

<sup>22</sup> Vgl. Schneider, C.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schneider, S. 31.

Allgemein kann festgehalten werden, dass der Arbeitsplatz und die Arbeitsbedingungen einen unterschiedlichen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit ausüben. So können gesundheitsschädliche Arbeitsplatzbedingungen oder ein schlechtes soziales Betriebsklima Menschen sowohl krank machen, als auch stärken. Denn bspw. berufliche Anforderungen können auch durch eine positive persönliche und berufliche Entwicklung die Widerstandsressourcen stärken und somit zur Erhaltung der Gesundheit und zum positiven aktuellen Gesundheitszustand beitragen.

## 2.2 Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung

Ganz allgemein kann von einem guten Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung ausgegangen werden.<sup>23</sup> So zeigen die Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 des Robert Koch Instituts, dass 69% der Frauen und 75% der Männer ihre eigene Gesundheit als gut bis sehr gut bewerten.<sup>24</sup> Auch eine Untersuchung zur Arbeit und Gesundheit aus dem Jahr 2011 bestätigt, dass Erwerbstätige ihren Gesundheitszustand insgesamt als „ausgezeichnet“ bis „gut“ einschätzen.<sup>25</sup> Einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit konnte ebenfalls festgestellt werden. Dies wird auch in weiteren Erhebungen bestätigt.<sup>26</sup> Hier lässt sich allerdings feststellen, dass Erwerbstätige in Führungsebenen ihre Gesundheit signifikant besser einschätzen als deren Angestellte.<sup>27</sup> Diese positive Einschätzung des eigenen Wohlbefindens nimmt jedoch mit steigendem Alter ab.<sup>28</sup>

Um objektive Parameter zur Beschreibung der Gesundheit, insbesondere die der Erwerbstätigen zu erlangen, können Statistiken der Krankenkassen und des Bundes zu

---

Vgl. Draxler, Th./ Cheung, A.: 30 Minuten Gesundheitsmanagement, Offenbach: Galber 2010, S.12.

<sup>23</sup> Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«, S.7.

<sup>24</sup> Ebd., S.8.

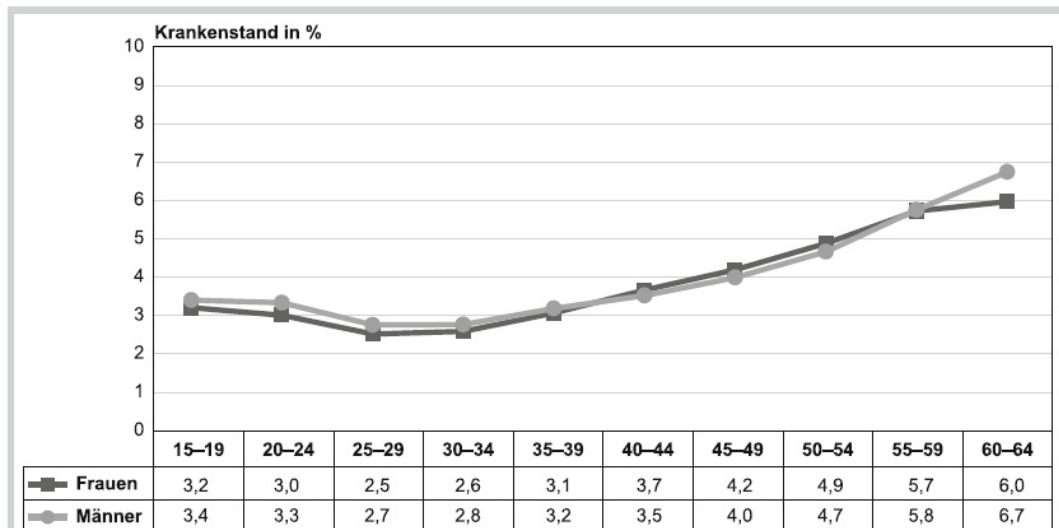
<sup>25</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011. Unfallverhütungsbericht Arbeit, 2011. Zugriff unter: [http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2011.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2011.pdf?__blob=publicationFile&v=6) (16.08.2013), S.46.

<sup>26</sup> Rixgens, P./ Badura, B.: Arbeitsbedingungen, Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden – Differenzen in den Einschätzungen von Führungskräften und Mitarbeitern. In: Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2011, S.61-70, hier: S.61ff.

<sup>27</sup> Vgl. Ebd., S.66.

<sup>28</sup> Robert Koch-Institut (Hrsg): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«, S.64.

krankheitsbedingten Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeiten herangezogen werden.<sup>29</sup> So ergibt sich laut Analysen der AOK Plus im Bundesgebiet für das Jahr 2012 ein Krankenstand von 4,9%, zum Vorjahr waren es vergleichsweise 4,7%.<sup>30</sup> Diese Zahlen ergeben sich aus dem Anteil der angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2012 der AOK-Versicherten in Gesamtdeutschland.<sup>31</sup> In Abb. 1 wird deutlich, dass der Krankenstand mit zunehmendem Alter sowohl bei den weiblichen Pflichtmitgliedern, als auch bei den Männern ansteigt.



**Abbildung 1 - Krankenstand der AOK-Mitglieder im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht<sup>32</sup>**

Bei der AOK-Plus Sachsen waren insgesamt 53,8% der Mitglieder mindestens einmal im Kalenderjahr 2012 krank.<sup>33</sup> Das bedeutet ebenfalls, dass 46,2% der Mitglieder im Jahr 2012 nicht erkrankt waren, was in etwa dem Bundesdurchschnitt von 2011 entspricht.<sup>34</sup> Weiter ergibt sich aus den Statistiken für 2011, dass die durchschnittliche Dauer pro Arbeitsunfähigkeitsfall aller Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen (GKV-Mitglieder) in Deutschland elf Tage betrug, was einen leichten Rückgang zum Vorjahr bedeutet (vgl.

<sup>29</sup> AOK-Plus: AOK-Gesundheitsbericht 2012. Fehlzeiten in Sachsen. Zugriff unter: <http://www.aok-bgf.de/aokplus/downloads1.html>. (16.08.2013).

BKK: Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern, Krankheit versorgen, mit Krankheit leben. Zugriff unter: <http://www.bkk.de/arbeitgeber/bkk-gesundheitsreport/> (16.08.2013).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011. Unfallverhütungsbericht Arbeit.

Meyer, M. et al.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011, S.291ff.

<sup>30</sup> AOK-Plus: AOK-Gesundheitsbericht 2012. Fehlzeiten in Sachsen, S.7.

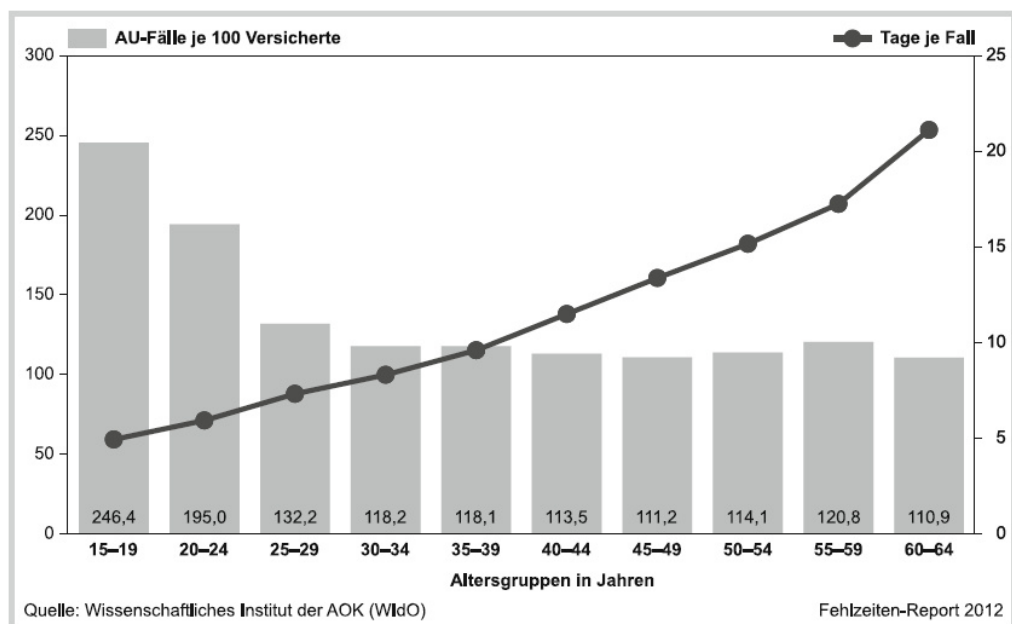
<sup>31</sup> Meyer, M. et al.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011, S.294.

<sup>32</sup> Ebd., S.303.

<sup>33</sup> AOK-Plus: AOK-Gesundheitsbericht 2012. Fehlzeiten in Sachsen, S.5.

<sup>34</sup> Vgl. Meyer, M. et al.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011, S.298.

2011: 12,1 Tage je Fall).<sup>35</sup> Bei den Daten der AOK lag der Durchschnitt in Sachsen 2012 bei 12,6 Tagen je Fall, dies ergibt eine Veränderung von 26,0% im Vergleich zum Vorjahr. Auf je 100 GKV-Versicherte mit Krankengeldanspruch entfallen somit 116,8 Fälle im Kalenderjahr 2011.<sup>36</sup> Im Vergleich dazu ergeben sich für die AOK-Sachsen ein Jahr später 137,9 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen.<sup>37</sup> Das sind pro AOK-Mitglied in Sachsen 17,4 Arbeitsunfähigkeitstage.<sup>38</sup> Abb. 2 zeigt die AU-Fälle je 100 AOK-Versicherte im Bundesgebiet in Abhängigkeit von deren Alter. Es wird deutlich, dass die Altersgruppen 15-19 und 20-24 Jahre deutlich mehr Fälle vorweisen, als die Altersgruppen 25+. Allerdings wird in der Grafik ersichtlich, dass die Krankheitsdauer je Fall mit steigendem Alter zunimmt (vgl. Abb.2).



**Abbildung 2 - Anzahl der Fälle und dauer der Arbeitsunfähigkeit der AOK-Mitglieder im Jahr 2011 nach Alter<sup>39</sup>**

Wenn alle AU-Fälle nach Diagnose und Krankheitsarten analysiert werden ergeben sich folgende Anteile der AOK-Krankenkasse für das Jahr 2011:

- 24,2% Muskel- und Skeletterkrankungen
- 12,9% Verletzungen

<sup>35</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010. Unfallverhütungsbericht Arbeit, S.50.

<sup>36</sup> Ebd., S.51

<sup>37</sup> AOK-Plus: AOK-Gesundheitsbericht 2012. Fehlzeiten in Sachsen, S.6.

<sup>38</sup> Ebd, S.6.

<sup>39</sup> Vgl. Meyer, M. et al.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011, S.303.

- 12,0% Atemwegserkrankungen
- 9,3% psychische Erkrankungen
- 6,6% Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems
- 5,8% Erkrankungen des Verdauungssystems
- 29,2% sonstige Diagnosen<sup>40</sup>

Wenn man dies in Bezug zu der Krankheitsdauer stellt, ergeben sich besonders bei den Atemwegserkrankungen relative kurze Ausfälle, da diese meist durch akute Infekte entstehen. Bei den anderen Krankheitsarten dagegen kommt es meist zu längeren Ausfällen. So kommt es bei den BKK-Versicherten zu 39,5 Fehltagen infolge psychischer Erkrankungen.<sup>41</sup> Von Langzeitkranken ist die Rede, wenn man länger als sechs Wochen arbeitsunfähig ist.<sup>42</sup> Diese AU-Fälle verursachten etwa 40% des gesamten Arbeitsunfähigkeitsvolumens 2011 und sind vermehrt im höheren Alter zu finden.<sup>43</sup> Unter den 60- bis 64 jährigen BKK-Versicherten finden sich 9,6% der gesamten AU-Fälle und 65,4% aller Fehltag.<sup>44</sup> Ursache für diese Zahlen ist die steigende Prävalenz chronischer Krankheiten im höheren Alter. Als chronische Krankheiten werden „langandauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen“.<sup>45</sup> Zu den häufigsten Erkrankungen gehören Herz-Kreislauferkrankungen, wie die koronare Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz. Weiter Schlaganfall, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen, wie die chronische obstruktive Bronchitis (COPD) und Asthma. In Deutschland sind drei Viertel der Todesursachen diesen Erkrankungen zu zuschreiben.<sup>46</sup> Auch können psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel- und Skeletapparats chronisch werden. Schätzungsweise gibt es durch AU, Mortalität und Invalidität einen Verlust von rund vier Mio. Erwerbstätigkeitsjahren am Arbeitsmarkt.<sup>47</sup> Häufig beeinflussen Fehlernährung, Mangel an körperlicher Aktivität, Tabak- sowie exzessiver Alkoholkonsum die Entstehung dieser Krankheiten und können somit durch präventive Maßnahmen verhindert werden.<sup>48</sup>

---

<sup>40</sup> Vgl. ebd., S.315

<sup>41</sup> Vgl. BKK: Gesundheitsreport 2012, S.19.

<sup>42</sup> Meyer, M. et al.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011, S.292.

<sup>43</sup> Vgl. ebd., S.292ff.

<sup>44</sup> Vgl. BKK: Gesundheitsreport 2012, S.22.

<sup>45</sup> Ebd., S.22.

<sup>46</sup> Robert Koch-Institut (Hrsg): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«, S.54.

<sup>47</sup> Vgl. ebd., S.54f.

<sup>48</sup> BKK: Gesundheitsreport 2012, S.172.

<sup>49</sup> Robert Koch-Institut (Hrsg): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«, S.54f.

## 2.3 Der demografische Wandel

Der Begriff „demografischer Wandel“ beschreibt Tendenzen in der Bevölkerungsentwicklung in den künftigen Jahren. Dieser wird maßgeblich von drei Faktoren bestimmt:

- der Entwicklung der Geburtenrate
- der Entwicklung der Alterung der Bevölkerung und
- der Entwicklung der Zu- und Abwanderung.<sup>49</sup>

Nachfolgend werden Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der Bevölkerungsstruktur bis zum Jahr 2060 dargestellt. Alle Zahlen beziehen sich auf die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes von 2009.<sup>50</sup>

Die Bevölkerung Deutschlands wird demnach in den nächsten Jahren weiter sinken. 2008 lebten noch 82 Mio. Menschen in der Bundesrepublik, wohingegen 2060 nur noch ca. 65 Mio. Menschen in Deutschland leben werden.<sup>51</sup> Eine Ursache dieses Negativtrends liegt in der rückläufigen Geburtenrate seit deren Höhepunkt von 1964. So kamen im Rekordjahr 1964 1.357.304 Kinder zur Welt. Dies war ein Überschuss der Geburten gegenüber den Todesfällen von 487.000 Menschen. Im Vergleich kam es 2006 zu einem Defizit von fast 149.000 Neugeborenen.<sup>52</sup> Dies kann auch durch Zuwanderungen nicht ausgeglichen werden. Die Fertilitätsrate liegt aktuell bei 1,4 und wird voraussichtlich nicht steigen.<sup>53</sup> Das bedeutet, dass jede neue Generation um ein Drittel kleiner ausfallen wird als die ihrer Eltern. Somit wird die Zahl der Geburten auch in den kommenden Jahrzehnten weiter sinken.<sup>54</sup> Dieser schon seit Jahrzehnten anhaltende Trend führt so zu starken Veränderungen der Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Abb. 3).

---

<sup>49</sup> Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftweisendes Personalmanagement. Herausforderung demografischer Wandel, München: Finanzbuch Verlag 2008, S.14.

<sup>50</sup> Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung. Zugriff unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile), (16.08.2013).

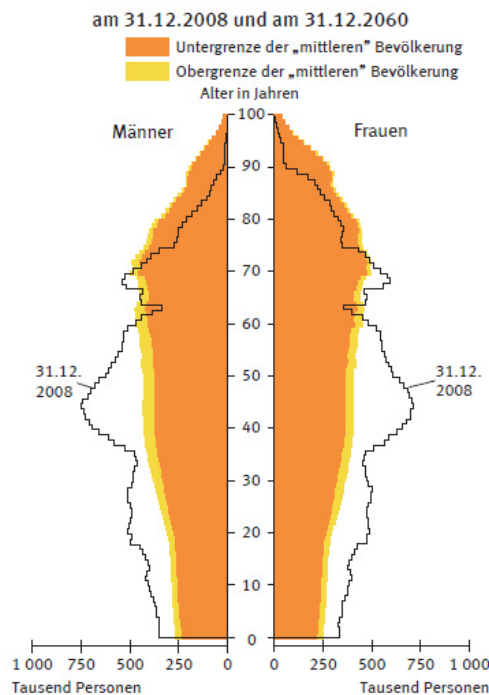
<sup>51</sup> Vgl. ebd., S.6.

<sup>52</sup> Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftweisendes Personalmanagement, S.11ff.

<sup>53</sup> Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, S.25.

<sup>54</sup> Ebd., S.35ff.





**Abbildung 3 - Aufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 und 2060**<sup>55</sup>

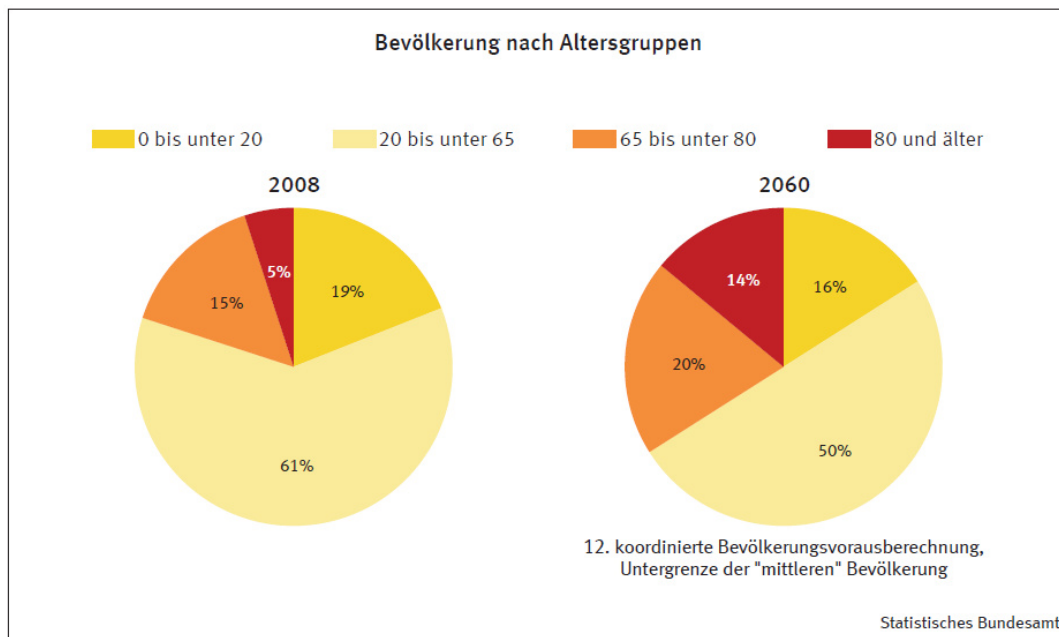
Die Altersstruktur hat sich im letzten Jahrhundert von einer Pyramide im Jahr 1910 mit einer stark überrepräsentierten jungen Bevölkerung hin zu einer „zerzausten Wettertanne“ im Jahr 2009 entwickelt.<sup>56</sup> Abb. 3 zeigt den gegenwärtigen Aufbau und diese Entwicklung in den nächsten Jahren.

Aktuell besteht die deutsche Bevölkerung zu 19% aus Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren, zu 61% aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20% aus über 65-Jährigen. Dagegen sind im Jahr 2060 ein Drittel der Bevölkerung über 65 Jahre alt und es wird wahrscheinlich doppelt so viele 70-Jährige geben als Neugeborene (vgl. Abb. 4).<sup>57</sup> Schon im Jahr 2020 wird es 24% mehr Menschen im Alter von 50- bis 65 Jahren geben als zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

<sup>55</sup> Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, S.15.

<sup>56</sup> Vgl. ebd., S.14.

<sup>57</sup> Vgl. ebd., S.16.



**Abbildung 4 - Bevölkerung nach Altersgruppen<sup>58</sup>**

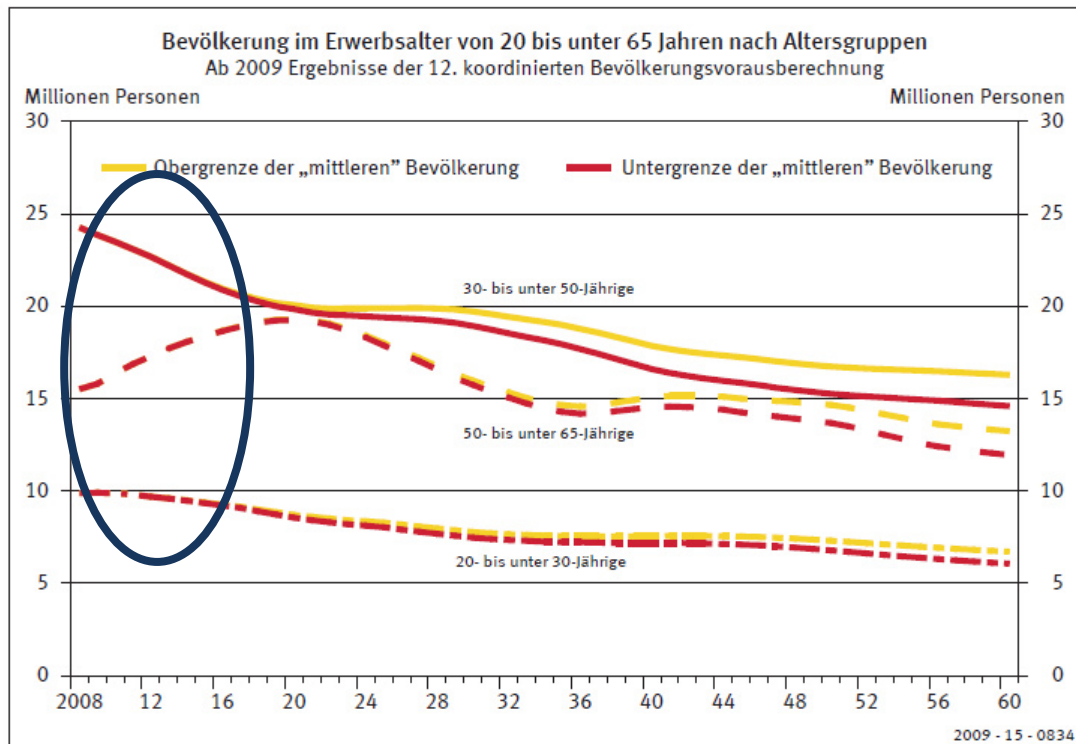
Ein weiterer Grund für diese Entwicklungen ist die kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung durch Verbesserung der medizinischen Versorgung und des Lebensstandards (Ernährung, Hygiene, Wohnsituation und Arbeitsbedingungen). In der Basisannahme des Statistischen Bundesamtes wird angenommen, dass die Lebenserwartung eines Neugeborenen bis 2060 um etwa sieben bis acht Jahre steigt. Frauen haben demnach im Jahr 2060 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 89,2 Jahren bei der Geburt und Männer von 85,0 Jahren. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Bevölkerung in Deutschland in den nächsten Jahren „schrumpfen“ und erheblich „altern“ wird.<sup>59</sup>

Diese aktuellen Tendenzen haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung der erwerbsfähigen Bevölkerung innerhalb der Bevölkerungsstruktur Deutschlands. Als Alter der Erwerbsfähigkeit werden demnach die Altersgruppen zwischen 20 bis 65 Jahren bezeichnet. Durch den allgemeinen Bevölkerungsrückgang lässt sich in den kommenden Jahren auch ein Rückgang der Erwerbstätigen von gegenwärtig 50 Mio. Menschen auf etwa 42 Mio. mögliche Beschäftigte im Jahr 2030 und ca. 36 Mio. Menschen 2060 verzeichnen. Zur jüngeren Gruppe der Erwerbsfähigen (zwischen 20-30 Jahren) gehören aktuell 20%, zur mittleren Altersgruppe (30-50 Jahre) 49% und zur älteren Gruppe (50-65 Jahre) 31%. Zu gravierenden Veränderungen wird es laut Statistischem Bundesamtes schon in etwa 10 Jahren kommen, denn dann werden die beiden letzteren genannten

<sup>58</sup> Ebd., S.16.

<sup>59</sup> Vgl. Ebd., S. 30ff.

Gruppen zu je 40% der Bevölkerung (gesamt 80%) im erwerbsfähigen Alter ausmachen (vgl. Abb. 4). Hier spricht man von dem sogenannten „Altersschereneffekt“, wonach die ältere Erwerbsgruppe die Jüngere etwa seit dem Jahr 2000 zahlenmäßig überrundet und bis 2020 stark ansteigen wird.<sup>60</sup> Nach dem Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge um 1965 fällt die Kurve der älteren Erwerbsfähigen wieder leicht (vgl. Abb. 5).<sup>61</sup>



**Abbildung 5 - Bevölkerung im Erwerbsalter in den drei Altersgruppen<sup>62</sup>**

Dieser Trend ist durch die zuvor dargestellte demografische Entwicklung einerseits und durch politische Entscheidungen (stufenweise Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre bis 2029) andererseits zu begründen. Die nachfolgende Abb. 6 stellt den Rückgang nochmals dar.<sup>63</sup>

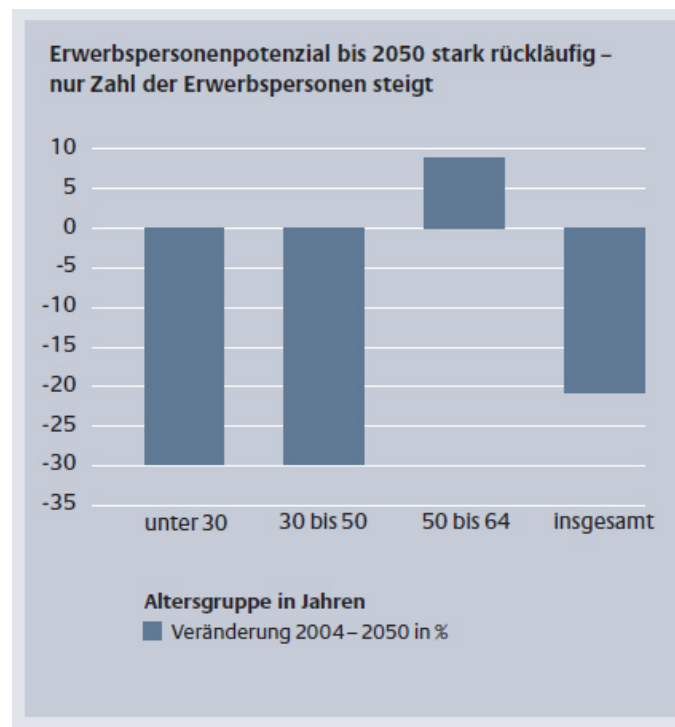
Weiter lässt sich festhalten, dass sich die Relation zwischen erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Bürgern in den nächsten Jahren weiter zur letzteren genannten Gruppe verschieben wird. Aktuell kommen auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter etwa 44 Rentner. Dagegen werden es im Jahr 2020 55 und 30 Jahre später, 2050 80 Rentner sein.

<sup>60</sup> Vgl. Seitz, C.: Lebenslanges Lernen ein Selbstverständnis? Qualifizierung älterer Mitarbeiter. In: Wirtschaft und Berufserziehung, Heft 11 2004, S.9-16, hier: S.2.

<sup>61</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, S.19ff.

<sup>62</sup> Ebd., S.14.

<sup>63</sup> Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Ratgeber Demografie, S.6.



**Abbildung 6 - prozentuale Entwicklung der Erwerbspersonen von 2004 bis 2050 <sup>64</sup>**

Auch wenn dieser Wandel in vielen Unternehmen noch nicht spürbar ist, muss es die Aufgabe der Unternehmen sein in den nächsten Jahren durch zukunftsweisende Personalpolitik den eventuell auftretenden negativen Begleiterscheinungen der dargestellten Entwicklungen mit geeigneten Strategien und Maßnahmen entgegen zu wirken.<sup>65</sup> Damit einhergehend werden die Anforderungen an die Mitarbeiter eines Unternehmens in den nächsten Jahren durch zunehmenden Globalisierungs- und Innovationsdruck stetig steigen und die Arbeitgeber eine flexible und schnelle Anpassung an Neuerungen fordern. Zudem wird es zu einer Verknappung der Fachkräfte kommen.<sup>66</sup> Aus diesem Grunde muss es Ziel sein, die Arbeitsfähigkeit der älteren Belegschaft zu erhalten oder sie gegebenenfalls durch BEM wiederherzustellen (*vgl. Kapitel 2.4 und 3.*). Weiter müssen alle Altersgruppen, besonders die mittlere Gruppe, in ihren Kompetenzen, ihrer Gesundheit und motivationalen Aspekten gestärkt werden. Denn ohne aktive, gesundheitsfördernde Maßnahmen ist es wahrscheinlich, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten und die damit verbundenen Kosten infolge einer „Überalterung“ der Belegschaft steigen werden.<sup>67</sup>

<sup>64</sup> Ebd., S.6.

<sup>65</sup> Vgl. Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftweisendes Personalmanagement, S.22ff.

<sup>66</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. (1.Auflage), Wiesbaden: Gabler Verlag 2010, S.51.

<sup>67</sup> Vgl. Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftweisendes Personalmanagement, S.14.

## 2.4 Fakten zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

Um die Gesundheit der Mitarbeiter zu schützen, hat sich in den letzten Jahren das BGM als fester Bestandteil gesamtheitlicher Managementsysteme entwickelt. Nachfolgend soll versucht werden zu klären, wie sich das BGM darstellt, wie es strukturiert ist und welche Akteure daran beteiligt sind. Ebenso soll die Bedeutung des BGM für Unternehmen hervorgehoben werden.

Laut BADURA et al. (1999) kann man das BGM als „die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“ beschreiben.<sup>68</sup> Das BGM kann somit als ganzheitlicher Ansatz für gesundheitsförderliche Maßnahmen bezeichnet werden.<sup>69</sup> So stehen Fragen zur Gesundheit in Verbindung mit der Arbeit im Mittelpunkt, mit dem Ziel physische und psychische Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter eines Unternehmens zu schützen und zu fördern.<sup>70</sup> Es kann von einer systematischen Erfassung von krankmachenden Faktoren im Arbeitsumfeld und deren Beseitigung gesprochen werden.<sup>71</sup> BGM wird dann im Unternehmen umgesetzt, wenn nachhaltige Strukturen geschaffen werden, die eine betriebliche Gesundheitspolitik zur Folge haben. Diese beinhaltet die Planung, Organisation, Durchführung und Überprüfung von Maßnahmen sowie Programmen in den jeweiligen Teilbereichen des BGM.<sup>72</sup> Bestehende Managementstrukturen des Unternehmens, wie z. B. das Personal- oder Qualitätsmanagement werden durch die gesundheitsförderliche Komponente ergänzt. Dies kommt beispielsweise durch die Entstehung einer „gesunden Unternehmenskultur“ zum Ausdruck.<sup>73</sup> Ein Unternehmen wird durch eigene Werte, Normen, Regeln und der damit verbundenen „Corporate Identity“ charakterisiert, wodurch wiederum alle

---

<sup>68</sup> Badura, B./ Ritter W./ Scherf M.: Der Zusammenhang zwischen arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In: Badura, B./ Ritter W./ Scherf M. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfadens für die Praxis, Berlin: Edition Sigma 1999, S.15-20, hier: S.17.

<sup>69</sup> Vgl. DNBGF: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Stand 2007. Zugriff unter: <http://www.dnbgf.de/downloads/luxemburger-deklaration.html> (16.08.2013), S.4.

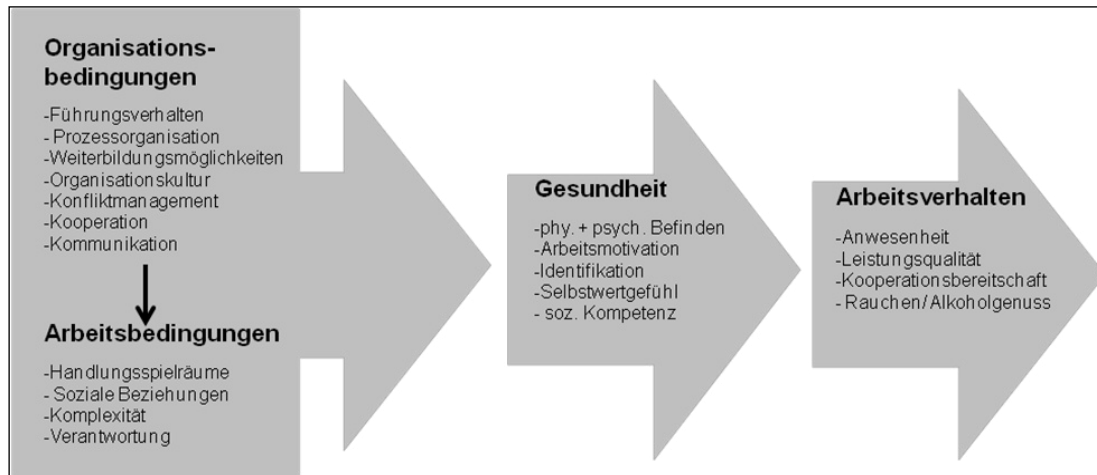
<sup>70</sup> Vgl. Salvaggio, N.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Der ökonomische Nutzen der Unternehmen bei betrieblicher Gesundheitsförderung, Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2007, S.24.

<sup>71</sup> Vgl. Heidenreich, J.: Ein lohnendes Investment. In: Die Personalwirtschaft 12 (2010), S. 46-48, hier: S.1.

<sup>72</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.69.

<sup>73</sup> Vgl. Rudow, B.: Das gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen, München: Oldenbourg 2004, S.26.

Teilbereiche des Unternehmens beeinflusst werden. Ein weiterer Aspekt ist die „gesundheitsgerechte Organisations- und Arbeitskultur“, welche leistungsangepasste Arbeitsbedingungen, eine gesundheitsgerechte Arbeitsplatzgestaltung und –umgebung sowie umfassende organisationsspezifische Maßnahmen, die zu einem gesundheitsförderlichen Klima beitragen, umfasst.<sup>74</sup> In Abb. 7 wird dieser Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit dargestellt.



**Abbildung 7 - Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit<sup>75</sup>**

Somit ist festzuhalten, dass das BGM mit vielen Bereichen des Unternehmensmanagements korreliert.<sup>76</sup>

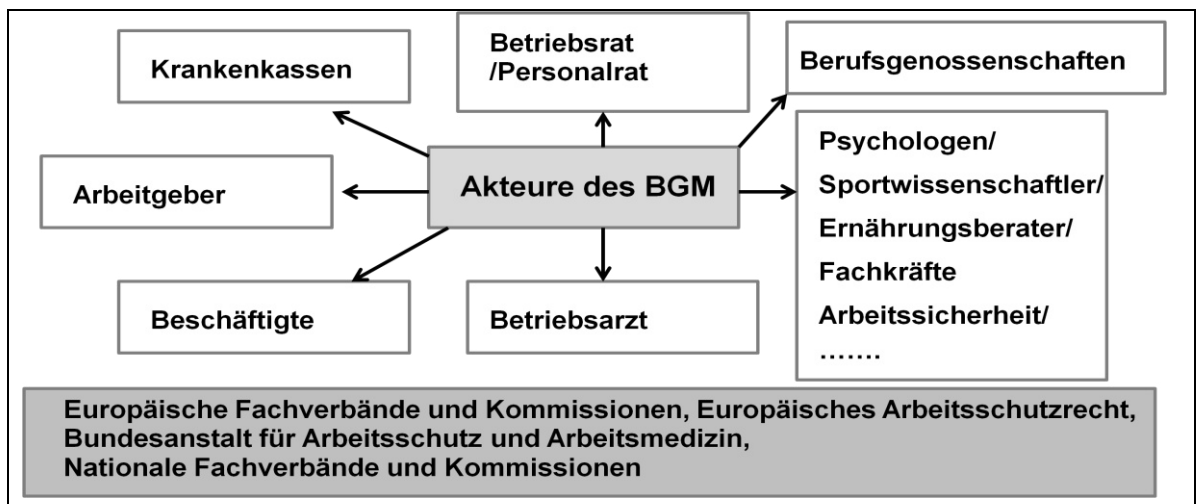
Diese internen Strukturen werden außerdem durch externe Servicefunktionen, die eigene Prozesse und Maßnahmen für das Unternehmen bereitstellen, ergänzt. So fordert ein erfolgreiches BGM ein Netzwerk aus Krankenkassen, Betriebsärzten, Psychologen, Sport- und Ernährungswissenschaftlern, die eng mit den betriebsinternen Akteuren, wie Betriebs- bzw. Personalrat, den Beschäftigten und den Arbeitgebern zusammenarbeiten, was in Abb. 8 ersichtlich ist.<sup>77</sup>

<sup>74</sup> Vgl. ebd., S.26ff.

<sup>75</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.70.

<sup>76</sup> Ebd., S.85.

<sup>77</sup> Vgl. Draxler, Th./ Cheung, A.: 30 Minuten Gesundheitsmanagement, S.29.



**Abbildung 8 - ausgewählte beteiligte Akteure des BGM<sup>78</sup>**

Daraus lassen sich jeweils unterschiedliche Zielvorstellungen der jeweils beteiligten Akteure ableiten. Die nachfolgende Tabelle stellt einige mögliche Ziele der Arbeitgeber, -nehmer, des gesamten Unternehmens sowie der Gesellschaft dar (vgl. Tab.1). Aus unternehmerischer Sicht kommt den Zielen der Kostenreduktion und der Steigerung der Gewinne die größte Bedeutung zu. Das Unternehmen ist bestrebt die Personalkosten infolge von Krankheiten zu senken, sowie durch eine höhere Motivation der Mitarbeiter die Produktivität zu steigern und somit die Gewinne zu maximieren. Größtes Bedürfnis der Arbeitnehmer ist es vor allem, die Gesundheit zu erhalten und sich durch die Tätigkeit selbst zu verwirklichen (vgl. Tab.1).<sup>79</sup> Weiter zielt BGM auf eine Abnahme der gesamtwirtschaftlichen Kosten durch Krankheit ab. So wird deutlich, dass ein BGM auch von großem Interesse für Kranken-, Unfall- und Rentenkassen ist.

<sup>78</sup> Nach Ebd., S.29

Nach Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 2011, S.20.

<sup>79</sup> Vgl. Draxler, Th./ Cheung, A.: 30 Minuten Gesundheitsmanagement, S.28.

<b>Wirkungsebenen</b>	<b>Ziele</b>
<b><i>Individuum</i></b>	Verringerung von Beschwerden und Krankheiten Verbesserte Gesundheit Erhöhte Motivation und Leistungsfähigkeit Selbstverwirklichung Kollektives Gesundheitsverhalten aller Mitarbeiter und Führungskräfte
<b><i>Arbeitstätigkeit und Arbeitsgruppe</i></b>	Belastungsoptimierung Ressourcenstärkung
<b><i>Unternehmen</i></b>	Produktivitätserhöhung Kosteneinsparungen Verbesserte Einstellung zum Unternehmen Gesunde Produkte und Dienstleistungen
<b><i>Gesellschaft</i></b>	Abnahme der volkswirtschaftlichen Krankheitskosten

**Tabelle 1 - Zielvorstellung in Abhängigkeit der Wirkungsebenen des BGM<sup>80</sup>**

Abschließend kann festgestellt werden, dass sich das BGM als ein erfolgsversprechendes Konzept für die Gestaltung gesundheitsgerechter Rahmenbedingungen und zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen von Mitarbeitern und Führungskräften bewährt hat. Voraussetzung dafür ist die Integration des Arbeitsschutzes, des Gesundheitsschutzes und ergänzender Maßnahmen der BGF, welche von der Unternehmensleitung als Führungsaufgaben verstanden werden.<sup>81</sup> Diese Teilbereiche des BGM werden nachfolgend näher erläutert.

<sup>80</sup> Nach Salvaggio, N.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.15.

Nach Draxler, Th./ Cheung, A.: 30 Minuten Gesundheitsmanagement, S.28.

Nach Ulich, E./ Wülser M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (3. überarb., erw. Auflage), Wiesbaden: Gabler Verlag 2009, S.190.

<sup>81</sup> Eberle, G.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wie Krankenkassen und Berufsgenossenschaften Unternehmen unterstützen können. In: Symposium des Gesunde Städte - Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 5. Juni 2003 in Münster. Zugriff unter: <http://www.muenster.de/stadt/gesundheitsamt/gsn-symposium/pdf/eberle.pdf> (16.08.2013), S.2.



## 2.5 Teilbereiche des BGM

Das BGM kann auch als Konzept zur Gestaltung gesundheitsgerechter Rahmenbedingungen und zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen von Angestellten des Unternehmens verstanden werden.<sup>82</sup> So beinhaltet es alle Maßnahmen, die dieses Ziel verwirklichen. Nachfolgend werden sogenannte „Teilbereiche“ des BGM näher erläutert.

Das BGM soll die Zuständigkeiten für Arbeits- und Gesundheitsschutz, Eingliederungsmanagement (*nach SGB IX*) und BGF bündeln und diese Aufgaben und Prozesse im Kontext der Unternehmensabläufe, Produktionsziele und anderen Managementprozessen gestalten und koordinieren.<sup>83</sup>

BGM wird dabei als ein ganzheitlicher und nachhaltiger Prozess, welcher in ein Gesamtkonzept eingebunden ist, das sowohl die Arbeitsverhältnisse als auch das Gesundheitsverhalten einbezieht, verstanden. Das BGM vereint den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz, für die Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen, die BGF, zur Stärkung der Gesundheit, sowohl von gesunden Beschäftigten als auch von Beschäftigten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, das BEM und die betrieblichen Managementstrategien der Human Resources (Personalstrategie, Personalentwicklung, Organisationsentwicklung).<sup>84</sup>

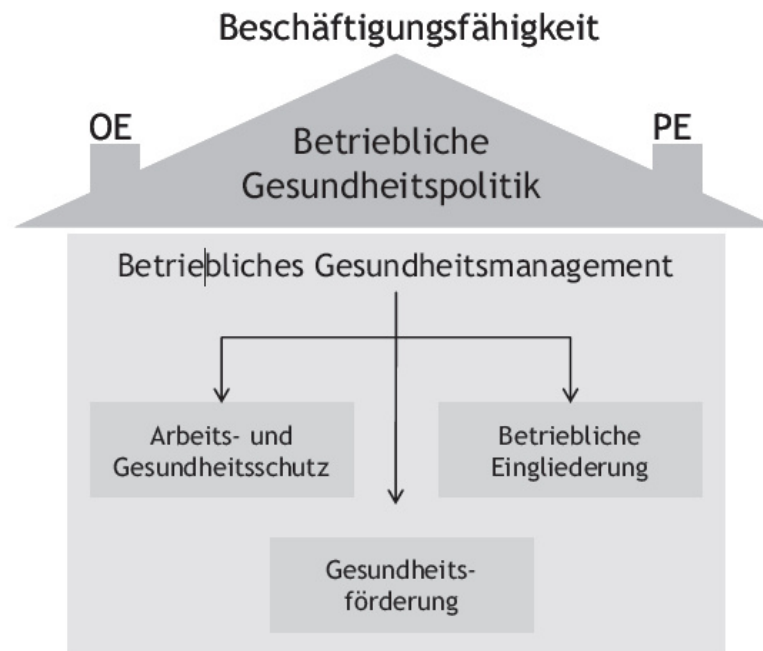
---

<sup>82</sup> Ebd., S.3.

<sup>83</sup> Vgl. Badura, B.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Was ist das, und wie lässt es sich erfolgreich praktizieren? In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 44 (2001), S. 780–787.

Vgl. Brandenburg, W./ Nieder, P.: Betriebliches Fehlzeitenmanagement. Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement (2., überarb., erw. Auflage), Wiesbaden: Gabler 2009, S.36f.

<sup>84</sup> Vgl. VDBW: VDBW Leitfaden. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Zugriff unter: [http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/02-Verband/02-PDF/Leitfaden/Leitfaden\\_Betriebliche\\_Gesundheitsf%C3%B6rderung\\_RZ3.pdf](http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/02-Verband/02-PDF/Leitfaden/Leitfaden_Betriebliche_Gesundheitsf%C3%B6rderung_RZ3.pdf) (16.08.2013), S.3.



**Abbildung 9 - Das betriebliche Gesundheitshaus<sup>85</sup>**

### Die betriebliche Gesundheitsförderung

Die BGF umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“<sup>86</sup>

Seit einigen Jahren hat sich die BGF als Instrument zur Reduktion von Arbeitsbelastungen und zur Stärkung von Gesundheitsressourcen am Arbeitsplatz etabliert.<sup>87</sup> Kernpunkte sind hierbei die Verbesserung der Arbeitsorganisation sowie der Arbeitsbedingungen, die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen.<sup>88</sup> Berücksichtigt werden müssen bei der Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen die drei unterschiedlichen Zielebenen, welche bei der BGF-Anwendung finden. So können erstens individuelle und persönliche Maßnahmen, zweitens teamorientierte Maßnahmen und drittens organisationsorientierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung angewendet werden.<sup>89</sup> Das bedeutet, dass BGF nicht ausschließlich auf eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung der Mitarbeiter

<sup>85</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S. 135.

<sup>86</sup> DNBGF: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, S.1.

<sup>87</sup> Goldgruber, J.: Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung, S. 9.

<sup>88</sup> DNBGF: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, S.2.

<sup>89</sup> Schneider, C.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, S.102.

eines Unternehmens abzielt.<sup>90</sup> Wichtig ist weiter, dass BGF kontinuierlich ins BGM und in die betrieblichen Managementsysteme integriert wird, damit Veränderungen nachhaltig aufgebaut werden können. Zur Umsetzung gehören eine datengestützte Bedarfsermittlung der konzipierten Maßnahmen nach den jeweiligen fest formulierten Zielvorgaben und eine qualitätsgestützte Umsetzung mit abschließender Erfolgskontrolle und Evaluation.<sup>91</sup> Zu beachten ist weiter, dass alle Beteiligten, d. h. Mitarbeiter und Führungsebene, im Sinne der Partizipation an der Entwicklung verschiedener Maßnahmen aktiv beteiligt und so alle Interessen berücksichtigt werden.<sup>92</sup> Für die erfolgreiche Umsetzung der BGF im Unternehmen müssen weitere Leitlinien der Luxemburger Deklaration berücksichtigt werden. Die BGF muss in alle Unternehmensbereiche integriert werden (Integration). Alle Maßnahmen müssen im Rahmen eines Projektmanagements systematisch durchgeführt werden (Projektmanagement). Im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung müssen sowohl die Risiken reduziert als auch die Schutzfaktoren und Gesundheitspotenziale gestärkt werden (Ganzheitlichkeit).<sup>93</sup>

## Arbeitsschutz

Nachdem in den Zeiten der Industrialisierung im 19. Jahrhundert das Arbeiten in den Fabriken durch widrige Umstände geprägt war, wurden mit der Verabschiedung des „preußischen Regulativ über Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in Fabriken“ die ersten Gesetze des Arbeitnehmerschutzes eingeführt. Weitere Meilensteine für die Verbesserung des Arbeitnehmerschutzes waren bspw. die Verabschiedung des Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom Jahre 1883 und ein Jahr später folgend das Unfallversicherungsgesetz. Weiter wurde der Achtstundearbeitstag für gewerbliche Arbeiter (1918), das Jugendschutzgesetz (1938), das Arbeitssicherheitsgesetz (1973), welches zuletzt im Jahr 2006 novelliert wurde und letztendlich das Arbeitsschutzgesetz (1996) eingeführt.<sup>94</sup>

Das Arbeitsschutzgesetz bildet neben dem Arbeitssicherheitsgesetz, dem Sozialgesetzbuch VII, der Gefahrenstoffverordnung und den Bestimmungen der

---

<sup>90</sup> Faller, G.: Was ist BGF? In: Lehrbuch - Betriebliche Gesundheitsförderung (2.Auflage), Bern: Hans Huber Verlag (2012), S.15-27, hier:S.15.

<sup>91</sup> Vgl. Slesina, W.: Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 3 (2008), S. 296–304, hier: S. 296.

<sup>92</sup> Ebd., S.296.

<sup>93</sup> DNBGF: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, S.4.

<sup>94</sup> <sup>94</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.38.

Berufsgenossenschaften die gesetzliche Grundlage zur Durchführung von Maßnahmen zur Unfallverhütung und des Gesundheitsschutzes.

Die Grundlage des deutschen Arbeitsschutzrechts bilden vor allem internationale und europäische Rechtsvorgaben. Ausgangspunkt für ein verbessertes Arbeitsumfeld, welches eine bessere Gesundheit und eine höhere Arbeitssicherheit bewirkt, stellt der Artikel 137 des EWG-Vertrages dar. Die Europäische Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (*Richtlinie 89/391/EWG*) über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes gilt als die wichtigste Richtlinie.<sup>95</sup>

Im Gegensatz zur BGF, deren Anwendung bzw. Umsetzung für den Arbeitgeber freiwillig ist, ist der Arbeitgeber durch die jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen dazu verpflichtet, die Maßnahmen des Arbeitsschutzes durchzuführen.<sup>96</sup>

Zum Arbeitsschutz zählen alle Interventionen, die der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz dienen. Es lassen sich hierbei folgende Aufgaben festhalten:

- Verhütung von Arbeitsunfällen
- Verhinderung von Berufskrankheiten und Fürsorge besonders zu schützender Mitarbeitergruppen (schwängere Mitarbeiterinnen, Schwerbehinderte, Jugendliche...)
- Verhinderung und Beseitigung von arbeitsbedingten Gesundheitsverfahren
- Begrenzung der Arbeitszeiten.

Zur Durchführung und Kontrolle der Maßnahmen des Arbeitsschutzes hat der Arbeitgeber in Abhängigkeit der Betriebsgröße Sicherheitskräfte sowie Betriebsärzte einzusetzen.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, S.154.

<sup>96</sup> Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftsweisendes Personalmanagement, S.154.

<sup>97</sup> Vgl. ebd., S.155.

## 2.6 Gesetzliche Grundlagen

Da das BGM kein eigenständiges juristisches Handlungsfeld darstellt, findet es unter Anwendung vieler verschiedener rechtlicher Grundlagen statt.<sup>98</sup> Einige Gesetze, welche u. a. die Basis für die juristischen Rahmenbedingungen des BGM bilden, sollen im folgenden Kapitel kurz genannt und beschrieben werden.

- **Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG):**

Das Arbeitsschutzgesetz, welches durch weitere Nebengesetze und Verordnungen ergänzt wird, ist die zentrale Quelle des Arbeitsschutzrechts.<sup>99</sup> Es verpflichtet den Arbeitgeber Maßnahmen, die zur Verhütung von Unfällen dienen und welche die Arbeit menschengerecht gestalten, zu treffen (*vgl. § 2 Abs. 1 ArbSchG*). So sollen Gefahren für die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeiter ermittelt und anschließend abgebaut werden.<sup>100</sup>

- **Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG)**

Das Arbeitssicherheitsgesetz verpflichtet den Arbeitgeber zur Bestellung von Betriebsärzten und Arbeitskräften für Arbeitssicherheit, wie z. B. Sicherheitsingenieure, -techniker oder –meister (*vgl. § 4 AsiG*). Diese müssen laut § 7 AsiG über die jeweils notwendige Fachkunde verfügen. Bei der Erfüllung derer Aufgaben muss der Arbeitgeber sowohl die Betriebsärzte als auch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit unterstützen.<sup>101</sup>

- **Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)**

Die Beteiligungsrechte der Betriebs- und Personalräte werden durch das BetrVG geregelt. Felder das BGM betreffend an denen der Betriebsrat beteiligt ist, sind bspw. die Überwachung der Regelungen zur Einhaltung des Gesundheitsschutzes, die

---

<sup>98</sup> Neufeld, T.; Führung und Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement aus rechtlicher Sicht. In: Badura, B. et al.: Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2011, S.103-110, hier: S.103.

<sup>99</sup> Vgl. ebd., S.107.

<sup>100</sup> Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, S.62.

<sup>101</sup> Böhnke, E.: Standards für das Gesundheitsmanagement in der Praxis. Konsequenzen des gesetzlichen Präventionsauftrags für Unternehmen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz, Wiesbaden: GWV Fachverlag 2006, S.13.

Mitbestimmung bei Maßnahmen, die den Gesundheitsschutz und die Unfallverhütung betreffen oder bei Entscheidungen zur Gestaltung der Arbeitsplätze. Da viele Aktivitäten im Bereich des BGM ohne rechtlich zwingende Grundlage durchgeführt werden, ist die Zusammenarbeit von Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung oft von Verhandlungen abhängig.<sup>102</sup>

- **Sozialgesetzbuch (SGB)**

Die rechtlichen Grundlagen, die im Sozialgesetzbuch das BGM betreffen, sind vor allem im SGB V (gesetzliche Krankenversicherung), VI (gesetzliche Rentenversicherung), VII (gesetzliche Unfallversicherung) und IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) geregelt. Das SGB V dient vor allem als Basis für die Rahmenbedingungen zur Finanzierung der BGF-Maßnahmen.

Im § 20a Abs. 1 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, sich an der Gesundheitsförderung in Betrieben, unter Mitwirkung der Versicherten und Verantwortlichen, zu beteiligen.<sup>103</sup> Im zweiten Absatz wird die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern geregelt (*vgl. § 20a SGB V*).

Leistungen zur Eingliederung Versicherter in das Erwerbsleben oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit durch die gesetzliche Rentenversicherung werden durch § 31 Abs. 1 und 2 SGB VI sichergestellt.

Im § 1 des SGB VII werden die Unfallversicherungsträger dazu verpflichtet, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (Abs. 1), sowie die Gesundheit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen (Abs. 2) (*vgl. § 1 SGB VII*).

Vor allem ist der § 84 des SGB IX für das BEM bedeutsam, da dieser die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben regelt.<sup>104</sup>

---

<sup>102</sup> Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, S.63.

<sup>103</sup> Vgl. Slesina, W.: Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 3 (2008), S. 296–304, hier: S. 297.

<sup>104</sup> Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, S.65.

Neben den zuvor genannten Gesetzen finden zudem u. a. die Arbeitsschutzrichtlinien, das Arbeitszeitgesetz, das Bundesdatenschutzgesetz, das Tarifvertragsgesetz, das Gendiagnostikgesetz, das Bürgerliche Gesetzbuch und außerdem das Grundgesetz bei der Umsetzung eines BGM ihre Anwendung.<sup>105</sup>

## 2.7 Werkzeuge des BGM

Im nachfolgenden Kapitel werden Werkzeuge des BGM vorgestellt, die v. a. der BGF und dem Arbeitsschutz dienlich sind. Werkzeuge und Maßnahmen, welche im Rahmen des BEM zum Einsatz kommen, werden im dritten Kapitel vorgestellt. Die hier vorgestellten Werkzeuge sind Maßnahmen, die Arbeitgeber anwenden können, um das BGM im Bereich der Gestaltung von Arbeitsbedingungen, der Mitarbeiterführung, der Personalentwicklung und der Personalpflege umzusetzen.<sup>106</sup> Dabei werden, in Abhängigkeit des Bedarfs, Maßnahmen der Verhaltensprävention, der Verhältnisprävention oder der Systemprävention eingesetzt. Die Maßnahmen der Verhaltensprävention zielen direkt auf Verhaltensweisen des einzelnen Mitarbeiters, wie bspw. Stressbewältigungsprogramme. Die Verhältnisprävention umfasst die strukturellen Gegebenheiten der BGF, wie die Maßnahmen aus dem Bereich der Arbeitsgestaltung. Die Interaktion zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen wird durch die Maßnahmen der Systemprävention geregelt.<sup>107</sup>

Die Grundlage zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen stellt die Analyse der Arbeitssituation dar. Durch Zuhilfenahme verschiedener Analyseinstrumente können Gesundheitsrisiken und auch deren Ursachen bestimmt werden. Wichtig für die Aussagekraft der Analyse ist die Einbeziehung der Mitarbeiter.<sup>108</sup> Die einfachsten Instrumente sind hier die Mitarbeiterbefragung und die Arbeitsplatzbegehung. Im Rahmen von Gruppenarbeiten zählt der Gesundheitszirkel zu einem der bekanntesten Instrumente zur Erfassung der Arbeitssituation.<sup>109</sup> Die Zusammensetzung und Aufgabenstellung des Gesundheitszirkels wird durch Abb. 10 verdeutlicht.

---

<sup>105</sup> Neufeld, T.; Führung und Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement aus rechtlicher Sicht, S.103.

<sup>106</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.70ff.

<sup>107</sup> Vgl. Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftweisendes Personalmanagement, S.167.

Vgl. Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, S.109ff.

<sup>108</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.70.

<sup>109</sup> Vgl. Ulich, E./ Wülser, M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen., S.145.

Vgl. Schneider, C.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, S.153.



**Abbildung 10 - Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels <sup>110</sup>**

Neben dem Gesundheitszirkel ist die Gesundheitswerkstatt ein weiteres Instrument zur Analyse der Arbeitsbedingungen. Das Hauptaugenmerk dieses meist eintägigen, moderierten Workshop liegt auf der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen, welche von den Teilnehmern erarbeitet werden.<sup>111</sup> Um das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu steigern, werden zur Arbeitsgestaltung partizipative Methoden, der Job Rotation, des Job Enrichments und des Job Enlargements eingesetzt, die für die BGF genutzt werden können.<sup>112</sup> Bei der Job Rotation werden die Aufgaben des Mitarbeiters systematisch gewechselt. Beim Job Enrichment wird der Aufgabenbereich des Mitarbeiters systematisch erweitert und beim Job Enlargement wird das bestehende Aufgabenfeld durch anspruchsvollere Aufgaben ergänzt. Die dritte Komponente im Bereich der Gestaltung von Arbeitsbedingungen ist die Gestaltung der Arbeitszeit. Bei zunehmender Bedeutung der Work-Life-Balance steigt auch die Bedeutung von flexiblen Arbeitszeitmodellen. Modelle hierfür sind die Gleitzeit, Vertrauensarbeitszeit oder Tele- und Teilzeitarbeitsplätze.<sup>113</sup>

Die Personalentwicklung steht mit ihren Maßnahmen, welche die individuellen und beruflichen Ressourcen der Mitarbeiter fördern, ebenfalls im Zusammenhang mit den

<sup>110</sup> Ulich, E./ Wülser, M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen., S.149.

<sup>111</sup> Vgl. Schneider, C.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, S.154.

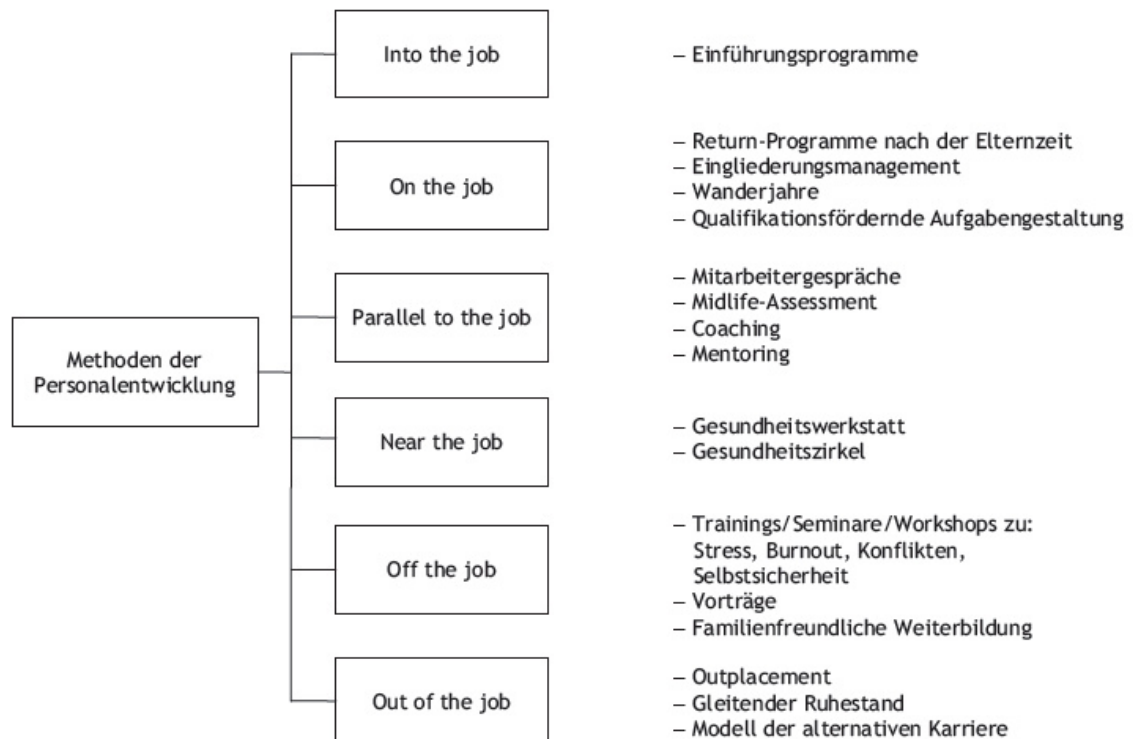
Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.71.

<sup>112</sup> Vgl. ebd., S.72.

<sup>113</sup> Vgl. Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftweisendes Personalmanagement, S.93ff.



Zielsetzungen der BGF.<sup>114</sup> Abb. 11 zeigt verschiedene Instrumente der BGF in Bezug zum jeweiligen Lernort im Bereich der Personalentwicklung.



**Abbildung 11- Instrumente der BGF im Rahmen der Personalentwicklung**<sup>115</sup>

An letzter Stelle sollen die Maßnahmen des Bereichs der Personalpflege näher beleuchtet werden. Die Maßnahmen der Personalpflege sollen präventiv wirken, um so eventuellen Krankheitsfällen vorbeugend entgegen zu wirken.<sup>116</sup> Als Werkzeuge der Personalpflege können u. a. Bewegungsangebote, Ernährungsberatungen sowie ein gesundes Ernährungsangebot beim Kantinenessen, medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Gripeschutzimpfungen eingesetzt werden.<sup>117</sup>

## 2.8 Ökonomischer Nutzen

Eine ökonomische Evaluation des BGM ist nur bedingt möglich, da verschiedene Faktoren nur erschwert zugerechnet werden können. In vielen Fällen kommt es zu einer

<sup>114</sup> Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.77.

<sup>114</sup> Vgl. ebd., S.72.

<sup>115</sup> Ebd., S.78.

<sup>116</sup> Vgl. Jung, H.: Personalwirtschaft (9. Auflage), München: Oldenbourg Verlag 2011, S.626.

<sup>117</sup> Vgl. Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, S.110ff.

Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.82.

zeitlichen Verzögerung zwischen den Kosten und dem Nutzen, der durch die Umsetzung des BGM gezogen wird.<sup>118</sup> Deshalb werden in den Studien zumeist die Krankheitskosten, sowie die Fehlzeiten erhoben.<sup>119</sup>

Studien über die Kosteneffektivität eines BGM liegen hauptsächlich aus dem US-amerikanischen Raum vor. Die Ergebnisse aus diesen Studien sind in allen Fällen als positiv zu bewerten.<sup>120</sup> So kommt bspw. CHAMPAN (2005) in seiner Metaanalyse, welche Evaluationen mehrerer umfangreicher Gesundheitsförderungsprogramme einbezieht, zu dem Ergebnis, dass die Fehlzeiten um durchschnittlich 26,8% und die Krankheitskosten um durchschnittlich 26,1% sanken.<sup>121</sup>

Auch an Beispielen deutscher Unternehmen wird der ökonomische Nutzen eines BGM deutlich. So konnte beispielsweise die Fraport AG durch das Projekt GATE, welches im März 2002 startete, im Folgejahr 3,5 Mio. €, durch eine 15-prozentig Senkung der meldepflichtigen Unfälle, einsparen. Im Rahmen dieses Projektes wurden u. a. der Arbeitsschutz erhöht und ein Gesundheitspass zur kostenlosen Überprüfung des Gesundheitszustandes eingeführt.<sup>122</sup>

Anhand der Ergebnisse der Studie zum ökonomischen Nutzen eines BGM lässt sich feststellen, dass eine Einführung eines BGM auch aus diesem Grund durchaus sinnvoll ist. In vielen Unternehmen zeigt sich aber, dass das Ziel einen ökonomischen Nutzen aus der Umsetzung eines BGM zu ziehen eher sekundär ist. Dort wird die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter als eigenständiges Ziel gesehen.<sup>123</sup>

---

<sup>118</sup> Vgl. Salvaggio, N.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.37.

<sup>119</sup> Vgl. Sockoll, I. et al: iga-Report 13: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. Zugriff unter: <http://www.dnbgf.de/newsarchiv/iga-report-13.html> (17.08.2013), S.59.

<sup>120</sup> Vgl. Ulich, E./ Wülser, M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen., S.191.

Vgl. Kramer, I. et al: Die Evidenz für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. In Badura, B./ Schröder H./ Vetter C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2009, S.65-77, hier: S.72.

<sup>121</sup> Chapman, L. S.: Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. The Art of Health Promotion, S.1-11.

<sup>122</sup> Vgl. Salvaggio, N.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.72.

<sup>123</sup> Vgl. Ulich, E./ Wülser, M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen., S.194.

## 3 Das betriebliche Eingliederungsmanagement

### 3.0 Vorbetrachtungen zur Thematik

Mit der Novellierung des § 84 Abs. 2 SGB IX vom 01.05.2004 hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen geschaffen, um allen Mitarbeitern sämtlicher Unternehmen, welche innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten krankheitsbedingt länger als sechs Wochen fehlen, die Reintegration ins Berufsleben durch BEM zu ermöglichen und die dauerhafte Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten.<sup>124</sup> Sowohl private als auch öffentliche Arbeitgeber sind dazu verpflichtet, ein betriebliches bzw. behördliches Eingliederungsmanagement im Bedarfsfall durchzuführen.<sup>125</sup> Der Arbeitgeber wird verpflichtet „... mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“ (§ 84 Abs. 2 SGB IX) zu klären. Das BEM vor allem durch die Folgen des demografischen Wandels und der Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre an Bedeutung. Die Arbeitnehmer sind aufgrund des erhöhten Alters anfälliger für chronische Erkrankungen. Dem soll das BEM durch die damit verbundenen Maßnahmen wie z. B. der Anpassung des Arbeitsplatzes, neben seiner rehabilitativen und integrativen Aufgabe auch als Präventivmaßnahme entgegenwirken. Neben der gesetzlichen Fürsorgepflicht kommt dem BEM auch ein hohes ökonomisches Eigeninteresse der Unternehmen zu, da diese Kosten, die durch Fehlzeiten und Einarbeiten neuer Mitarbeiter anfallen, einsparen können.<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> Vgl. Gröben, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement von Mitarbeitern mit psychischen Störungen. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 4, 6 (2011), S. 229–237, hier: S. 229.

<sup>125</sup> Vgl. Bizer, J.: Betriebliches bzw. Behördliches Eingliederungsmanagement. In: DuD, 12 2008, S.817.

<sup>126</sup> Ebd., S.817.

Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.69.

### 3.1 Aufgaben und Ziele des BEM

Oberstes Ziel des BEM ist es, den Arbeitsplatz eines Arbeitnehmers zu erhalten, indem gegebener Handlungsbedarf frühzeitig erkannt wird und die Maßnahmen, welche der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dienen, eingeleitet werden.<sup>127</sup> Die Hauptaufgabe des BEM liegt damit in der Klärung, durch welche Art und Weise die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden kann und wie die Arbeitsfähigkeit des Mitarbeiters auch zukünftig gegeben bleibt. Geklärt werden muss demzufolge, wie Fehlzeiten durch Überwindung der Arbeitsunfähigkeit verringert werden können, unter Anwendung welcher Hilfen sowie Leistungen die Arbeitsfähigkeit erhalten werden kann und wie die Fähigkeiten des Betroffenen, z. B. durch Anpassung des Arbeitsplatzes weiterhin genutzt werden können, damit er auch künftig produktiv und mit hoher Einsatzfähigkeit an dem Arbeitsplatz einsetzbar ist.<sup>128</sup> Die Maßnahmen des BEM vereinen demnach Aspekte der Prävention, Rehabilitation und Integration.<sup>129</sup> Neben der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und dem Vorbeugen einer erneuten Arbeitsunfähigkeit kann das BEM bei einem effizienten Einsatz auch weitere Aufgaben erfüllen. Durch den Einsatz vom BEM können die Arbeitsbedingungen verbessert und dadurch die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden.<sup>130</sup> Es kann den Anstoß für eine Veränderungskultur innerhalb der Mitarbeiter geben. Durch das BEM kann die interne Kommunikation im Unternehmen gestärkt und Betriebsabläufe verbessert werden. Anhand von Beispielen einer erfolgreichen Wiedereingliederung können die Mitarbeiter für ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein sensibilisiert werden. Aufgrund dieser Veränderungen kann sich im Unternehmen eine gesundheitsbewusste Betriebskultur entwickeln. Das Unternehmen ist so in der Lage durch den Einsatz des BEM auch seine Außenwirkung zu stärken. Die Arbeitgeber können sich durch die Einführung eines BEM laut § 84 Abs. 3 SGB IX auch durch Prämien oder einen Bonus bei den Rehabilitationsträgern oder Integrationsämtern fördern lassen.<sup>131</sup>

---

<sup>127</sup> Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Stand 2010. Zugriff unter: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/203202/publicationFile/37514/handlungsleitfaden\\_download.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/203202/publicationFile/37514/handlungsleitfaden_download.pdf) (17.08.2013), S. 6.

<sup>128</sup> Vgl. Bizer, J.: Betriebliches bzw. Behördliches Eingliederungsmanagement, S.817.

<sup>129</sup> Vgl. Gröben, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement von Mitarbeitern mit psychischen Störungen, S.229.

<sup>130</sup> Radunz, V./ Kretschmer V.: Betriebliches Gesundheitsmanagement und krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Bundesverwaltung. In: In: Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2011, S. 393-406, hier: S.394,

<sup>131</sup> Mehrhoff, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Herausforderung für Unternehmen. In: Badura, B./ Schellschmidt H./ Vetter C.: Fehlzeitenreport 2006. Chronische Krankheiten. Zahlen,

## 3.2 Gesetzliche Regelungen des BEM

Mit der Novellierung des § 84 Abs. 2 SGB IX wurden die Arbeitgeber in die Pflicht gezogen, ihren Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter auch im höheren Erwerbsalter zu leisten. Sie sind dazu verpflichtet Mitarbeitern, welche in einem Zeitraum von zwölf Monaten länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind ein BEM anzubieten.<sup>132</sup> Die Durchführung des BEM gilt nicht nur für schwerbehinderte und denen gleichgestellte behinderte, sondern für alle Arbeitnehmer eines Betriebes, die länger als sechs Wochen innerhalb von zwölf Monaten arbeitsunfähig sind. Ebenfalls spielt die Größe des Betriebes oder der Dienststelle keine Rolle für die Durchführung der BEM-Maßnahme. Jeder Arbeitgeber ist zu der Durchführung verpflichtet.<sup>133</sup>

Der § 84 Abs. 2 SGB IX besagt im genauen Wortlaut:

*„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen*

---

Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2006, S.127-138, hier: S.130.

<sup>132</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.134.

<sup>133</sup> Vgl. Seel, H.: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung. In: Lehrbuch - Betriebliche Gesundheitsförderung (2.Auflage), Bern: Hans Huber Verlag (2012), S.207-214, hier:S.208.

*darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.“ (§ 84 Abs. 2 SGB IX.)*

Aus diesem Paragraphen geht ebenfalls das Recht der Selbstbestimmung des betroffenen Mitarbeiters hervor. D. h., er kann selbst darüber entscheiden, nachdem er über Art und Umfang der Maßnahme informiert wurde, ob er sein Einverständnis zur Durchführung gibt. Der betroffene Mitarbeiter kann die Präventionsmaßnahme auch während der laufenden Umsetzung jederzeit abbrechen.<sup>134</sup>

Führt der Arbeitgeber kein BEM durch, ist dies vonseiten des Gesetzgebers nicht an Sanktionen gekoppelt. So werden bspw. keine Bußgelder oder dergleichen verhängt. Jedoch sehen Arbeitsgerichte eine angebotene oder durchgeführte BEM-Maßnahme mehr und mehr als Voraussetzung für eine wirksam werdende Kündigung aufgrund von Krankheit an. Der Arbeitgeber muss nachweisen können, dass er alle Präventivmaßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes getroffen hat.<sup>135</sup>

Der Arbeitgeber hat dafür Sorge zu tragen, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Die für die BEM-Maßnahme erhobenen Daten dürfen nicht in der Personalakte vermerkt werden und sind ausschließlich für das BEM zu verwenden und nach Beenden der Maßnahme zu löschen. Auch dürfen nur vom Arbeitgeber bestimmte Personen Zugriff auf diese Daten haben.<sup>136</sup> Ebenfalls ist der Arbeitnehmer nicht dazu verpflichtet, seinem Arbeitgeber seine Krankheitsdiagnose für die Durchführung der BEM-Maßnahme mitzuteilen.<sup>137</sup>

Laut § 84 Abs. 3 SGB IX (3) können Rehabilitationsträger und die Integrationsämter Arbeitgeber, die ein BEM einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern. Über Art und Umfang der Förderungen sowie die notwendigen Voraussetzungen stimmen dabei die Rehabilitationsträger und Integrationsämter ab.<sup>138</sup>

---

<sup>134</sup> Vgl. Brandenburg, W./ Nieder, P.: Betriebliches Fehlzeitenmanagement, S.36f.

Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.134.

<sup>135</sup> Vgl. Mehrhoff, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S.130.

<sup>136</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 14.

<sup>137</sup> Vgl. Müller-Rawlins, E.: Recht. In: MTA Dialog 3 (2013), S.249-251, hier S.250f.

<sup>138</sup> Vgl. Kuhn, K.: Arbeitsbedingte Einflüsse bei der Entstehung chronischer Krankheiten. In: Badura, B./ Schellschmidt H./ Vetter C.: Fehlzeitenreport 2006. Chronische Krankheiten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2006, S.425-44, hier: S.34.

## 3.3 Beteiligte und deren Aufgaben

### 3.3.1 Unternehmensinterne Beteiligte

Das SGB IX sieht vor, dass die Umsetzung des BEM im Team zu erfolgen hat. Deshalb sind mehrere Akteure beteiligt.<sup>139</sup> Nachfolgend werden die einzelnen Akteure des BEM genannt und deren Aufgaben beschrieben.

Der Arbeitgeber ist lt. § 84 Abs. 2 SGB IX gesetzlich zur Durchführung eines BEM verpflichtet. Zur Prüfung, ob die Voraussetzungen für ein BEM eines Mitarbeiters gegeben sind, muss der Arbeitgeber generell dafür Sorge tragen, dass die Arbeitsunfähigkeiten der Mitarbeiter überwacht werden. Ist ein Mitarbeiter länger als sechs Wochen innerhalb von zwölf Monaten arbeitsunfähig, muss die Kontaktaufnahme erfolgen. Der Arbeitgeber muss beim ersten Kontakt, bspw. vertreten durch die Personalabteilung oder dem Vorgesetzten des betroffenen Mitarbeiters, auf die Zielstellung der Maßnahme sowie auf die Art und Verwendung der erhobenen Daten hinweisen.<sup>140</sup> Während der gesamten Dauer der Maßnahme trägt der Arbeitgeber die Verantwortung.<sup>141</sup>

Der Mitarbeiter, an welchen sich die Maßnahme richtet, ist der zentrale Punkt des BEM. Notwendige Maßnahmen zur Wiedereingliederung können nur durch seine Zustimmung durchgeführt werden. Auch im weiteren Verlauf des BEM kann der Mitarbeiter jederzeit bestimmen, ob und welche Maßnahmen weiterhin durchgeführt werden. Im Vorfeld wird der Arbeitnehmer genau über die Modalitäten des BEM beraten. Wenn der Mitarbeiter seine Zustimmung zum BEM nicht erteilt oder die Maßnahme abbricht, ist das BEM an diesem Punkt beendet.<sup>142</sup>

Der Betriebs- oder Personalrat kann, unter der Voraussetzung, dass dieser im Unternehmen vertreten ist, ebenfalls am BEM mitwirken. Durch ihn kann eine BEM-Maßnahme, nach der Einwilligung des Betroffenen, eingeleitet werden. Der Betriebs- oder Personalrat kann aber auch Ratschläge zur Durchführung der Maßnahme einbringen.<sup>143</sup>

---

<sup>139</sup> Vgl. Brandenburg, W./ Nieder, P.: Betriebliches Fehlzeitenmanagement, S.35.

<sup>140</sup> Vgl. Seel, H.: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, S.209.

<sup>141</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 8.

<sup>142</sup> Vgl. Seel, H.: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, S.209.

<sup>143</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 9.

Der Betriebs- oder Werksarzt kann, falls dies erforderlich wird, ebenfalls hinzugezogen werden.<sup>144</sup> Dieser kann anhand der vorliegenden Befunde und die Kenntnis über die Situation am Arbeitsplatz, Vorschläge zum Ablauf der Wiedereingliederung und der eventuellen Umgestaltung des Arbeitsplatzes bzw. der Arbeitsabläufe unterbreiten. Da er der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, steht der Betriebs- oder Werksarzt in einem besonderen Vertrauensverhältnis mit dem betroffenen Mitarbeiter.<sup>145</sup>

Weiterhin kann zur Durchführung des BEM ein betriebliches Integrationsteam zum Einsatz kommen. Der Arbeitgeber kann im Anschluss des Erstkontaktes, nach Zustimmung des Betroffenen zur Durchführung dieser Maßnahme, dem Team die Verantwortung für den weiteren Ablauf dieser Maßnahme übertragen. Akteure des Integrationsteams sind bspw. ein Vertreter des Betriebs- bzw. Personalrates, der Schwerbehindertenvertretung, im Falle eines schwerbehinderten Arbeitnehmers, der Betriebsarzt und die Arbeitssicherheitsfachkraft.<sup>146</sup> Lt. des Forschungsberichtes des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt es in 37% aller Betriebe ein Integrationsteam.<sup>147</sup> In Tab. 2 werden alle Aufgaben der Beteiligten dargestellt.

beteiligte Akteure	Aufgaben
<b>Arbeitgeber</b> (Geschäftsführer, Personalabteilung)	Durchführung, Verantwortung für Wiedereingliederung - Prüfung der Voraussetzung für BEM - Überwachung der sechs Wochen Frist - Kontaktaufnahme bei Überschreitung der Frist (Aufklärung über Ziele, Maßnahmen, Datenschutz) <b>→durchführen, beraten</b>
<b>Direkte Vorgesetzte</b>	Unterstützung des Betroffenen während der Wiedereingliederung <b>→ durchführen, beraten</b>
<b>Mitarbeiter</b>	- Zustimmung zu allen Maßnahmen des BEM und mögl. Änderungen <b>→ zustimmen, durchführen</b>
<b>Betriebs-, Personalrat *</b>	- Einleitung der Maßnahmen - Ratschläge zur Durchführung der Maßnahmen <b>→beraten</b>

<sup>144</sup> Vgl. Bizer, J.: Betriebliches bzw. Behördliches Eingliederungsmanagement, S.817.

<sup>145</sup> Vgl. VDBW (2): VDBW Leitfaden. Wiedereingliederung. Zugriff unter: [http://www.udk-berlin.de/sites/content/e177/e88/e46921/e175859/e175863/infoboxContent175866/VDBW-Leitfaden\\_Wiedereingliederung\\_ger.pdf](http://www.udk-berlin.de/sites/content/e177/e88/e46921/e175859/e175863/infoboxContent175866/VDBW-Leitfaden_Wiedereingliederung_ger.pdf) (17.08.2013), S.4ff.

<sup>146</sup> Vgl. Seel, H.: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, S.210.

<sup>147</sup> Vgl. Niehaus, M. et al. (Hrsg.): Betriebliche Wiedereingliederung. Studie zur Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX. (2008) Zugriff unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f374-forschungsbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f374-forschungsbericht.pdf?__blob=publicationFile), S.53. (16.08.2013)



beteiligte Akteure	Aufgaben
<b>Betriebs-, Werksarzt</b> *	- Vorschläge zum Ablauf BEM geben, evtl. zur Umgestaltung Arbeitsplatz → <b>beraten</b>
<b>Betriebliches Integrationsteam</b> *	- nach Zustimmung des Betroffenen, Verantwortung für Durchführung der Maßnahme → <b>durchführen, beraten</b>

\*falls vorhanden

**Tabelle 2 – beteiligte interne Akteure des BEM (eigene Darstellung)**

### 3.3.2 Unternehmensexterne Beteiligte

Neben den betriebsinternen Akteuren können zum Einführen eines BEM oder zur Durchführung einer BEM-Maßnahme auch externe Partner zur Unterstützung hinzugezogen werden. Besonders kleinere Betriebe sind dabei auf diese Unterstützung angewiesen.<sup>148</sup> Externe Unterstützung kann über die Rehabilitationsträger, wie Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit sowie Unfallversicherungsträger und im Falle von schwerbehinderten Arbeitnehmern über die Integrationsämter eingefordert werden.<sup>149</sup> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von den Krankenkassen, den Unfallversicherungsträgern und den Rentenversicherungsträgern übernommen und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben übernehmen die Bundesagentur für Arbeit, die Unfallversicherungsträger sowie die Rentenversicherungsträger (vgl. Abb. 12). Das Unternehmen kann sich im Bedarfsfall auch an die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger wenden. Diese sind in jedem Landkreis ansässig und beraten über die Leistungen der Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen.<sup>150</sup> Außerdem können sich die Unternehmen auch Ratschläge aufgrund der Erfahrungen ihres Reha-Managements bei den Rehabilitationsträgern einholen. Neben den Rehabilitationsträgern bieten des weiteren auch diverse Dienstleister ihre Unterstützung zum BEM an.<sup>151</sup>

<sup>148</sup> Vgl. Mehrhoff, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S.128.

<sup>149</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 10.

<sup>150</sup> Vgl. VDBW (2): VDBW Leitfadens. Wiedereingliederung, S.11.

<sup>151</sup> Vgl. Mehrhoff, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S.132.

## Träger der Leistung zur Teilhabe – § 6 SGB IX

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Gesetzliche Krankenkassen	X		X	
Bundesagentur für Arbeit		X	X	
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	X	X	X	X
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung	X	X	X	
Träger der Altershilfe für Landwirte	X		X	
Träger der Kriegsopferversorgung – und Fürsorge	X	X	X	X
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	X	X		X
Träger der Sozialhilfe	X	X		X

Abbildung 12 - Träger der Leistung zur Teilhabe<sup>152</sup>

## 3.4 Maßnahmen

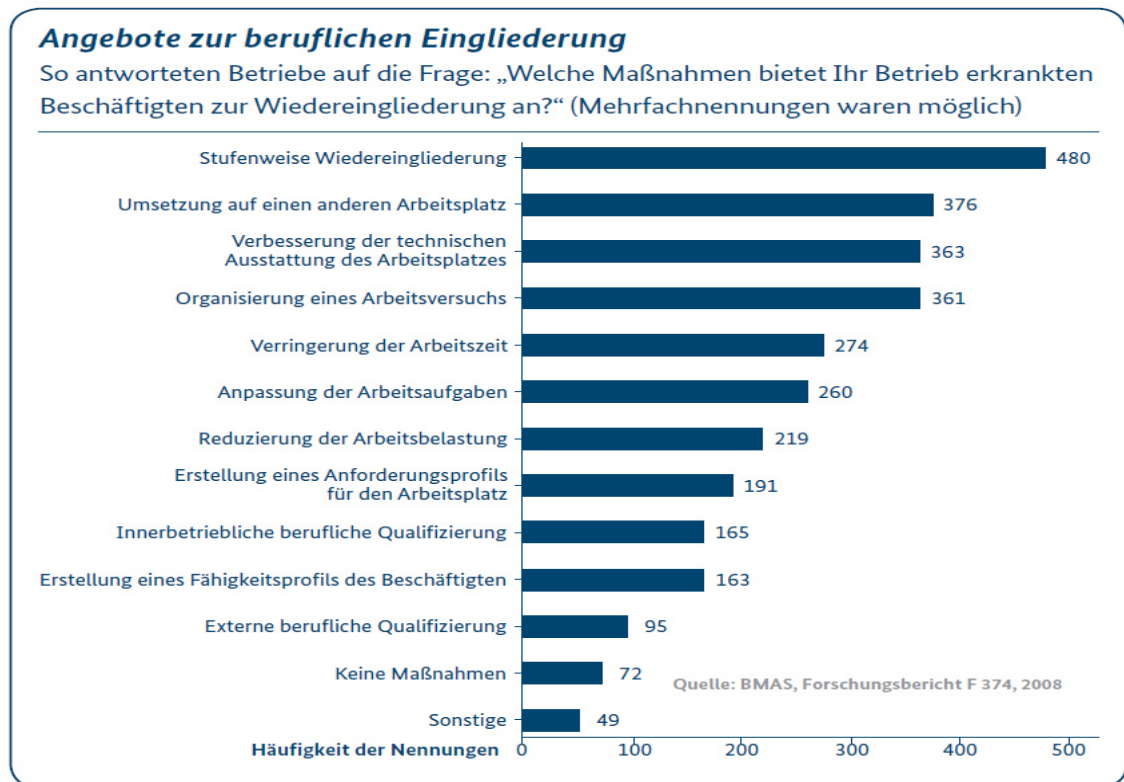
### 3.4.1 Maßnahmen im Überblick

Da der Gesetzgeber den Unternehmen keine Vorgaben zur Art und Weise des BEM macht, gibt es auch kein allgemeingültiges Verfahren zu dessen Durchführung. Vielmehr müssen die Betriebe das BEM auf deren Gegebenheiten und auf die Belange des Mitarbeiters ausrichten. Ein klein- oder mittelständiges Unternehmen muss seine Maßnahmen anders planen als ein Großkonzern, welchem andere Ressourcen zur Verfügung stehen. Ein BEM kann nur dann zum Erfolg führen, wenn die Maßnahmen individuell erarbeitet und zielgerichtet eingesetzt werden.<sup>153</sup>

Zur Umsetzung des BEM stehen dem Arbeitgeber für den Einzelfall verschiedene Maßnahmen zur Verfügung (vgl. Abb. 13).

<sup>152</sup> Vgl. VDBW (2): VDBW Leitfadens. Wiedereingliederung, S.8.

<sup>153</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 7.



**Abbildung 13 - Angebote zur beruflichen Eingliederung**<sup>154</sup>

Die lt. des Forschungsberichtes des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) am häufigsten verwendete Maßnahme ist die stufenweise Wiedereingliederung des Mitarbeiters (vgl. Abb. 13). Diese Maßnahme wird unter Punkt 3.4.2 näher erläutert. Alternativ kann der Mitarbeiter an einem anderen Arbeitsplatz umgesetzt werden, der Arbeitsplatz kann durch technische Hilfsmittel leidensgerecht umgestaltet werden oder durch andere Maßnahmen, wie unter Abb. 13, sortiert nach Häufigkeit der Anwendung dargestellt, wieder eingegliedert werden.<sup>155</sup> Andere Modelle, bspw. im Rahmen von Einzelzeitvereinbarungen, finden in der Praxis kaum Anwendung. Eines dieser Modelle kann z. B. der tägliche Wechsel von Arbeit und Erholungszeit sein.<sup>156</sup>

Diese Maßnahmen können sowohl unternehmensintern, als auch mit Unterstützung externer Partner durchgeführt werden. Das Unternehmen kann bspw. die Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz, die Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder die Veränderung der Arbeitsorganisation als Maßnahme des BEM durchführen. Die Leistungen zur

<sup>154</sup> Vgl. Niehaus, M. et al. (Hrsg.): Betriebliche Wiedereingliederung. Studie zur Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX, S.56.

<sup>155</sup> Vgl. Niehaus, M. et al. (Hrsg.): Betriebliche Wiedereingliederung. Studie zur Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX, S.56.

<sup>156</sup> Vgl. Weiler, S. et al.: Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation und Wiedereingliederung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (65) 4 (2011), S.297-303, hier: S.301.

medizinischen Rehabilitation, die stufenweise Wiedereingliederung oder die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden dahingegen von den Rehabilitationsträgern als externe Partner angeboten. Des weiteren kann der Betriebsarzt Assessments zur Erstellung eines Leistungsprofils des Mitarbeiters, eine Arbeitsplatzbegutachtung durchführen oder nach Zustimmung des Mitarbeiters mit dem behandelnden Arzt zusammenarbeiten.<sup>157</sup>

### 3.4 2. Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung, welche auch Hamburger Modell genannt wird, ist die am häufigsten angewandte Maßnahme beim BEM.<sup>158</sup>

Die stufenweise Wiedereingliederung ist in § 74 SGB V geregelt und besagt im genauen Wortlaut:

*„Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen.“ (§ 74 SGB V)*

Sie dient dazu, den Mitarbeiter nach der Langzeiterkrankung in kontinuierlicher Steigerung der Arbeitszeit an die vollständige Belastung des Arbeitsplatzes zurückzuführen und soll damit die volle Arbeitsfähigkeit wieder herstellen. Der behandelnde Arzt erstellt, ggf. unter Absprache mit dem Betriebsarzt, einen Wiedereingliederungsplan oder auch Stufenplan genannt.<sup>159</sup> Der Plan muss unter medizinischen, arbeitsphysiologischen und psychologischen Gesichtspunkten erstellt werden, um den Genesungs- und Rehabilitationsprozess günstig zu beeinflussen. Durch

---

<sup>157</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 7.

<sup>158</sup> Vgl. Weiler, S. et al.: Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation und Wiedereingliederung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (65) 4 (2011), S.297-303, hier: S.300.

<sup>159</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE (2007). Zugriff unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f372-forschungsbericht-eibe.pdf;jsessionid=D4FD1D1A8C3F0C63E6B58D9D81EAE802?\\_\\_blob=publicationFile&BMAAS\(18.08.2013\), S.32.](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f372-forschungsbericht-eibe.pdf;jsessionid=D4FD1D1A8C3F0C63E6B58D9D81EAE802?__blob=publicationFile&BMAAS(18.08.2013), S.32.)

die stufenweise Wiedereingliederung wird dem Arbeitnehmer die Möglichkeit gegeben, seine berufliche Belastbarkeit kennenzulernen, Selbstsicherheit zurückzugewinnen sowie die Angst vor Überforderung und einem Krankheitsrückfall abzubauen.<sup>160</sup> Die stufenweise Wiedereingliederung dauert in den meisten Fällen von sechs Wochen bis zu sechs Monaten.<sup>161</sup> Auch die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung ist für den betroffenen Arbeitnehmer freiwillig. Er kann die Durchführung verweigern oder die Maßnahme zu jeder Zeit beenden.<sup>162</sup>

Da der Arbeitnehmer bis zur vollständigen Wiedereingliederung als arbeitsunfähig gilt, bezieht dieser weiterhin Kranken- oder Übergangsgeld.<sup>163</sup> Die Wiedereingliederung darf maximal bis zu sieben Tagen unterbrochen werden, dauert die Unterbrechung länger als sieben Tage an, gilt die Maßnahme als abgebrochen. Ebenso ist während der Maßnahme aufgrund der bestehenden Arbeitsunfähigkeit kein Erholungsurlaub möglich. Die stufenweise Wiedereingliederung gilt dann als beendet, wenn die Tätigkeit durch den Arbeitnehmer wieder in vollständigem Maße ausgeführt werden kann.<sup>164</sup>

### 3.5 Ablaufschema

Das BEM kann nur dann erfolgreich im Unternehmen umgesetzt werden, wenn der Prozess genau geplant und dabei systematisch vorgegangen wird. Die Strukturen und Zuständigkeiten müssen genau wie die anderen Rahmenbedingungen im Vorfeld festgelegt werden.<sup>165</sup> Nachfolgend werden die Schritte der Ablauffolge, welche in Abb. 14 zu sehen ist, näher erläutert.

---

<sup>160</sup> Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (2004). In: Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 8. Zugriff unter: [http://www.schwbgv.de/pdf/Arbeitshilfe\\_Wiedereingliederung\\_222.pdf](http://www.schwbgv.de/pdf/Arbeitshilfe_Wiedereingliederung_222.pdf) (18.08.2013), S. 13.

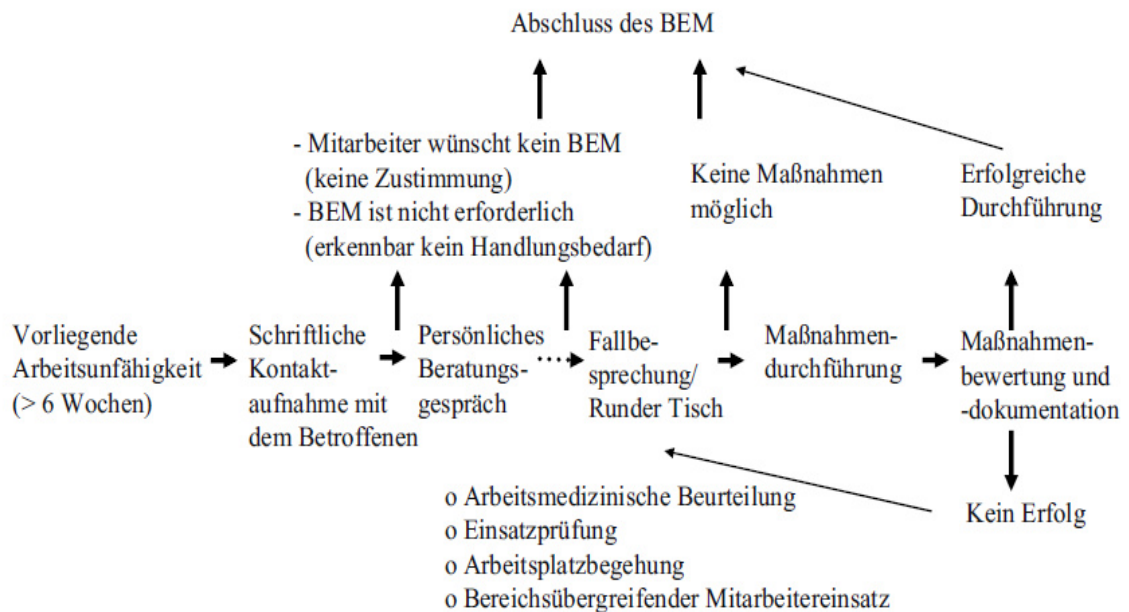
<sup>161</sup> Vgl. ebd., S. 19.

<sup>162</sup> Vgl. ebd., S. 19.

<sup>163</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.32.

<sup>164</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung (2): G838 Internetformular der Deutschen Rentenversicherung (2012). Zugriff unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/217660/publicationFile/57814/G0838.pdf> (18.08.2013), S. 2.

<sup>165</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.33.



**Abbildung 14 - Der BEM-Prozess** <sup>166</sup>

Der erste Schritt eines BEM ist die Erfassung der Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese dienen als Indikator für den Fall einer Langzeitkrankheit. In der Regel werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten von der Personalabteilung bzw. dem Personalbüro erfasst.<sup>167</sup> Wenn ein Beschäftigter im Zeitraum der letzten 365 Tage länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war, folgt der nächste Schritt. Der betroffene Mitarbeiter muss durch den Arbeitgeber bzw. durch dessen Vertretung, wie der Personalabteilung, in persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Form kontaktiert werden. Bei diesem ersten Kontakt sollen den Mitarbeiter erste Informationen über das BEM, wie die Ziele des Verfahrens und dessen Beteiligten, gegeben werden. Weiterhin muss der Betroffene über die Freiwilligkeit des Verfahrens informiert werden.<sup>168</sup> Stimmt der Mitarbeiter dem zu, wird er zu einem Informationsgespräch eingeladen. Bei Ablehnung ist das BEM an dieser Stelle beendet.<sup>169</sup>

Das Informationsgespräch dient zur Klärung der Ursache der Arbeitsunfähigkeit. Ist die Arbeitsunfähigkeit durch die Tätigkeit am Arbeitsplatz bedingt oder können die gesundheitlichen Probleme die reibungslose Ausführung der Tätigkeiten beeinträchtigen?<sup>170</sup> Insofern Bedarf vorhanden ist, sollte der Mitarbeiter durch das

<sup>166</sup> Brandenburg, W./ Nieder, P.: Betriebliches Fehlzeitenmanagement, S.36.

<sup>167</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.36.

<sup>168</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 10.

<sup>169</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.22.

<sup>170</sup> Vgl. ebd., S.11.

Informationsgespräch auch zur Teilnahme am BEM motiviert werden.<sup>171</sup> Am Informationsgespräch können nach Zustimmung des betroffenen Mitarbeiters neben dem Arbeitgeber oder dessen Vertretung bereits auch der Betriebsrat, die Schwerbehindertenvertretung oder der Betriebsarzt teilnehmen.<sup>172</sup> Je nach gewonnenen Erkenntnissen aus dem Gespräch werden die infrage kommenden Folgeschritte ermittelt. Besteht kein Bedarf am BEM, ist dieses dann beendet.<sup>173</sup>

Bei dem nachfolgendem Eingliederungsgespräch stellen die aus dem Informationsgespräch gewonnenen Erkenntnisse den Ausgangspunkt dar. Unter Berücksichtigung dieser Informationen wird ggf. unter Einbeziehung externer Partner, wie Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern sowie unter der Einwilligung des betroffenen Mitarbeiters ein Eingliederungsplan erstellt.<sup>174</sup> Zur Erstellung des Eingliederungsplanes kann des weiteren der Betriebsarzt zurate gezogen werden, da dieser sowohl Kenntnisse über die medizinischen Belange als auch über die Situation am Arbeitsplatz des Mitarbeiters hat.<sup>175</sup>

In der anschließenden Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen hat jeder Akteur des BEM seiner Rolle entsprechend dafür Sorge zu tragen, dass die Umsetzung der Maßnahme wie geplant durchgeführt wird.<sup>176</sup> Zur Durchführung des BEM kommen sämtliche Maßnahmen in Frage, welche sich gesundheitsförderlich auf den Mitarbeiter auswirken oder dessen Gesundheitszustand stabilisieren.<sup>177</sup> Die Maßnahmen können dabei von externen Partnern durchgeführt werden, wie bspw. die stufenweise Wiedereingliederung, oder der Betrieb führt die Maßnahme selbst durch, wie bspw. die leidensgerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Alle geplanten und durchgeführten Maßnahmen sollten zur Optimierung der BEM-Maßnahmen dokumentiert werden.<sup>178</sup>

Sind die Maßnahmen entsprechend dem Eingliederungsplan umgesetzt worden, erfolgt ein Abschlussgespräch mit dem Beschäftigten, um die Wirksamkeit der BEM-Maßnahmen zu überprüfen. Folgende Punkte werden im Rahmen des Abschlussgespräches überprüft:

---

<sup>171</sup> Vgl. ebd., S.36.

<sup>172</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 11.

<sup>173</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.36.

<sup>174</sup> Vgl. ebd., S.37.

Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 11.

<sup>175</sup> Vgl. VDBW (2): VDBW Leitfaden. Wiedereingliederung, S. 5.

<sup>176</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 12.

<sup>177</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.38.

<sup>178</sup> Vgl. ebd., S.38.

- Eigene Einschätzung des betroffenen Mitarbeiters über seinen aktuellen Gesundheitszustand
- Kontrolle, ob die Anforderungen bzw. Gegebenheiten am Arbeitsplatz dem Leistungsvermögen des Beschäftigten entsprechen
- Prüfung, ob weiterer Betreuungsbedarf notwendig ist
- Prüfung, ob die Ursachen der Arbeitsunfähigkeit beseitigt wurden
- Außerdem können regelmäßig geführte Befragungen, im Anschluss der BEM-Maßnahme, frühzeitig Aufschluss darüber geben, ob eine erneute Gefährdung für den Mitarbeiter besteht.<sup>179</sup>

### 3.6 Hürden und Herausforderungen

Da die Zustimmung des Mitarbeiters für die Durchführung der BEM-Maßnahme zwingend erforderlich ist, liegt u. a. eine große Herausforderung darin, dessen Vertrauen zu gewinnen.<sup>180</sup> Der Datenschutz ist von Beginn an mit hoher Priorität zu behandeln, da die Krankheit des betroffenen Mitarbeiters mit dem BEM zur Angelegenheit des Unternehmens wird.<sup>181</sup> Das BEM muss vom Mitarbeiter als Präventivmaßnahme verstanden werden, um dessen Akzeptanz zu finden. Erforderlich ist hier auch die klare Abgrenzung von einem „Blaumacher-Management“ und den oft mit negativen Assoziationen besetzten Krankenrückkehrgesprächen, deren Akzeptanz lt. des Forschungsberichtes des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter 44,8% der Beschäftigten als sehr niedrig bis eher niedrig eingestuft wird.<sup>182</sup>

Auch unter den Arbeitnehmern ist die Akzeptanz gegenüber dem BEM von der Zustimmung bis hin zur Ablehnung unterschiedlich ausgeprägt. Der lt. des EIBE-Projektes des BMAS häufigste Grund zur Ablehnung des BEM von Seiten des Arbeitgebers ist das Setzen anderer Prioritäten im betrieblichen Alltagshandeln und bei personalpolitischen Entscheidungen (siehe Abb. 15). Weiterhin können bspw. zusätzliche Verpflichtungen mit

---

<sup>179</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S. 12.

Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.38.

<sup>180</sup> Vgl. Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S.140.

<sup>181</sup> Vgl. Seel, H.: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, S. 212.

Vgl. Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S.7.

<sup>182</sup> Vgl. Mehrhoff, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement, S.130.

Vgl. Niehaus, M. et al. (Hrsg.): Betriebliche Wiedereingliederung. Studie zur Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX, S.56.

Vgl. Seel, H.: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, S. 212.



mehr Bürokratie und höhere Kosten durch den gesteigerten Personalaufwand, Hindernisse für ein BEM darstellen.<sup>183</sup>

<b>Hindernisse/ Hürden</b>	<b>November 2005 (Angaben in %)</b>	<b>November 2006 (Angaben in %)</b>	<b>Differenz In %</b>
<i>Andere Prioritäten im betrieblichen Alltagshandeln und bei personalpolitischen Entscheidungen</i>	95,2	52,0	-43,2
<i>Ressourcenmangel</i>	85,7	40,0	-45,7
<i>Befürchtungen negativer Entwicklungen im Betrieb</i>	66,7	24,0	-42,7
<i>Fehlen von Strukturen und Verantwortlichen</i>	57,1	24,0	-33,1
<i>Wenig Wissen über eine BEM relevante Ablauforganisation</i>	57,1	16,0	-41,1
<i>Nutzen nicht transparent</i>	57,1	32,0	-25,1
<i>Der Bedarf wird nicht gesehen</i>	52,4	32,0	-20,4
<i>BEM „zieht nicht“</i>	23,8	24,0	+0,2

**Tabelle 3 - Hindernisse und Hürden des BEM lt. BMAS<sup>184</sup>**

<sup>183</sup> Vgl. ebd., S.212.

<sup>184</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE, S.69.

## 4 Praxisteil

### 4.0 Vorbetrachtungen

Nachdem im ersten Teil der vorliegenden Arbeit theoretische Hintergründe zum BGM und besonders zum BEM beleuchtet wurden, soll im zweiten Teil nun anhand einer Fragebogenerhebung eine Analyse erfolgen, inwieweit Unternehmen der IT-Branche mit maximal 80 Mitarbeitern Erfahrungen im Umgang mit dem BEM sammeln konnten und wie dieses im Unternehmen praktiziert wird. Dazu wurden zwölf bundesweit ansässige Unternehmen der IT-Branche mittels eines standardisierten Fragebogens befragt. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse und der erarbeitenden Theorie wurde eine standardisierte Vorgehensweise für die befragten Unternehmen entwickelt.

### 4.1 Fragebogenerhebung

Um festzustellen, inwieweit BEM in der Praxis Einklang erhalten hat, wurde eine Fragebogenstudie durchgeführt. Die Befragung sollte hauptsächlich dazu dienen, einen ersten Eindruck zu erhalten, in welchem Maße BEM bei mittelständischen Unternehmen, von einer Betriebsgröße bis 80 Mitarbeiter schon durchgeführt wurde. Dafür ist ein geringer Stichprobenumfang ausreichend. Um gleiche Ausgangsbedingungen der Unternehmen gewährleisten zu können, wählte man für die Studie einen nationalen Industriezweig, die IT-Branche. Es wurden zwölf Unternehmen der IT-Branche zum Thema BEM und weiteren Maßnahmen des BGM befragt.

Auf Grundlage der Studie zur „Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX“ vom BMAS wurde der Fragebogen erstellt.<sup>185</sup> Im Anhang A ist der Fragebogen beigefügt.

Zur Erhebung der Daten dienten größtenteils geschlossene Fragen, um eine quantitative Auswertung mittels statistischer Kenngrößen gewährleisten zu können. Außerdem wurden offene Fragen verwendet, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, eigene Vorschläge und Ideen nennen zu können, um somit ebenfalls Ergebnisse auf der qualitativen Ebene

---

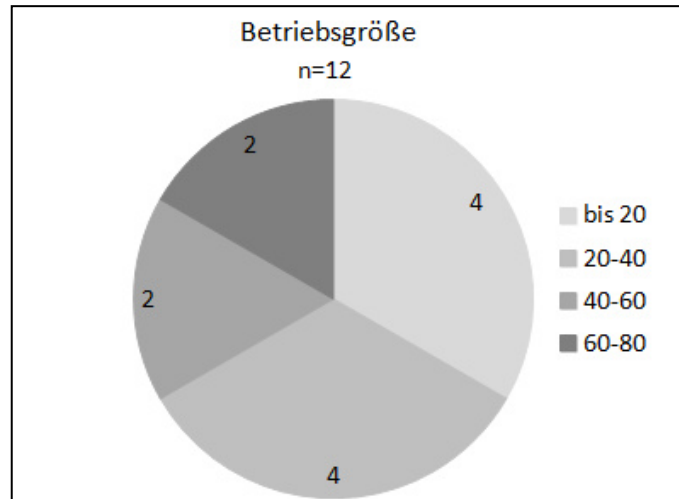
<sup>185</sup> Vgl. Niehaus, M. et al. (Hrsg.): Betriebliche Wiedereingliederung. Studie zur Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX.

zu erhalten. Der Fragebogen setzt sich aus drei von einander getrennten Teilen zusammen. So erhielten die beteiligten Unternehmen ein Anschreiben, in dem das Thema, die Forschungsfrage und eine kurze Einleitung zum BEM enthalten waren. Ebenfalls wurde auf Vertraulichkeit und Anonymität der Angaben hingewiesen. Aus diesem Grund wurden zwei voneinander getrennte Fragebögen erstellt. Der Erste diente lediglich zu Erfassung der Unternehmensdaten, mit Name, Anschrift, Mitarbeiterzahl und Angaben zur Stellung des Befragten im Unternehmen (*siehe Anhang A*). Der zweite Bogen diente dann zur Erfassung der benötigten Daten zum BEM. Dieser enthielt 29 Fragen, davon drei offene Fragen. Durch die Fragen eins bis fünf sollten erfragt werden, inwieweit Fehlzeiten im Unternehmen erfasst werden und ob nach der sechs Wochen Krankheitsdauer Betroffene angesprochen werden und wenn ja, in welcher Form. Die Fragen sechs bis 24 beschäftigen sich dann ausschließlich mit dem Thema BEM. Es soll geklärt werden, in welchem Maße das BEM im Unternehmen thematisiert und angewendet wurde. Außerdem wird nach dem konkreten Vorgehen bei BEM-Maßnahmen gefragt und ob eventuell externe Akteure, wie z. B. Krankenkassen, Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaften im Prozess zu Hilfe gezogen werden. Im letzten Teil des Fragebogens sollten die Fragen 25-29 kurze Einblicke gewähren, inwieweit weitere Maßnahmen des BGM in den Unternehmen umgesetzt werden. D. h., ob Maßnahmen zur Gesundheitsprävention für die Beschäftigten angeboten werden und ob Interesse an gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsbedingungen besteht oder bereits durchgeführt werden. An dieser Stelle wurde wieder die Möglichkeit gegeben, selbst Ergänzungen zu den bestehenden Antwortmöglichkeiten zu treffen. Ebenfalls waren Mehrfachnennungen möglich. Es sollten somit alle Angebote angegeben werden, welche die jeweiligen Unternehmen ihren Angestellten zur Verfügung stellen.

Der Fragebogen wurde am 16.06.2013 an zwölf mittelständische Unternehmen per E-Mail geschickt. Das Setting der Unternehmen erfolgte zufällig. Voraussetzung für die Teilnahme war die Branchenzugehörigkeit zur IT-Branche und eine Betriebsgröße bis 80 Mitarbeiter. Alle Teilnehmer haben ihre Antworten für die vorliegende Arbeit zur Verfügung gestellt. Nachfolgend werden die gewonnenen Ergebnisse kurz erläutert. Aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl wurden auf Verfahren der Induktiven Statistik verzichtet, da diese keine statistisch relevanten Ergebnisse liefern können.

## 4.2 Deskriptive Statistik der teilnehmenden Unternehmen

Von den zwölf teilnehmenden Firmen der IT-Branche haben vier Unternehmen eine Mitarbeiteranzahl von unter 20. Weitere vier bestehen aus 20-40 Angestellten und je zwei haben eine Mitarbeiterstärke von je 40-60 und 60-80 (vgl. Abb. 16).



**Abbildung 15 - Auswertung der Betriebsgröße**

So ergibt sich ein Mittelwert von 35 Mitarbeitern (35,42) pro Unternehmen. Das kleinste Unternehmen beschäftigt lediglich sieben und das größte Unternehmen 80 Mitarbeiter. Alle Betriebe haben ihren Standort in Deutschland. Hinsichtlich der Region lassen sich keine Gemeinsamkeiten feststellen. Die Fragebögen wurden bei den Unternehmen bis 20 Mitarbeiter vom Geschäftsführer ausgefüllt. Mit steigender Mitarbeiteranzahl füllten auch Mitarbeiter der Personalabteilung, des Vertriebs oder der Consultant die Fragebögen aus. In Tab. 2 sind alle teilnehmenden Unternehmen mit Name, Anschrift, Anzahl der Mitarbeiter und Angaben zum Befragten.

	Name	Anschrift	Anzahl der Mitarbeiter
1	<b>Mäder Computersysteme</b>	Gewerbering 4 08223 Falkenstein	7
2	<b>Alfred Horn Systemhaus GmbH</b>	Pestalozzistraße 2 95326 Kulmbach	7
3	<b>MG Software</b>	Bahnhofstraße 7c 08223 Grünbach	10

	<b>Name</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Anzahl der Mitarbeiter</b>
<b>4</b>	<b>EDV Ermtraud GmbH</b>	Hauptstraße 22 56598 Rheinbrohl	12
<b>5</b>	<b>Komdruck AG</b>	Benzstraße 2a 64646 Heppenheim	21
<b>6</b>	<b>ERA GmbH &amp; Co. KG</b>	Franz-Reichle Str. 3	28
<b>7</b>	<b>Dr. Netik &amp; Partner GmbH</b>	Grabenstraße 16 18273 Güstrow	34
<b>8</b>	<b>Computer Konkret AG</b>	Theodor-Körner-Straße 6 08223 Falkenstein	37
<b>9</b>	<b>C.I.P. Gesellschaft für Kommunale EDV- Lösungen mbH</b>	Gerhart-Hauptmann- Straße 26 99096 Erfurt	57
<b>10</b>	<b>RI-Solution Service GmbH</b>	Kaiserstraße 17 08209 Auerbach	58
<b>11</b>	<b>adKOMM Software GmbH &amp; Co. KG</b>	Stadtweg 14 85134 Stammham	74
<b>12</b>	<b>H&amp;H Datenverarbeitungs- und Beratungsgesell- schaft mbH</b>	Storkower Straße 99/1 10407 Berlin	80

**Tabelle 3 – Angaben zu den teilnehmenden Unternehmen (geordnet nach Mitarbeiterzahl)**

## 4.3 Ergebnisse

### Auswertung der Fehlzeiterfassung:

Alle zwölf Unternehmen erfassen die Fehlzeiten der Mitarbeiter. Lediglich bei der Überwachung der Sechs-Wochen-Frist im Jahr hat ein Unternehmen dies verneint. 50% der befragten Unternehmen sprechen die betroffenen Mitarbeiter nach Überschreitung dieser Frist an. Die Erstansprache erfolgt fast ausschließlich telefonisch oder im direkten Mitarbeitergespräch.



Bei den vier Unternehmen, die BEM thematisierten, haben nur drei Unternehmen ihre Mitarbeiter auf die Freiwilligkeit der BEM-Maßnahmen hingewiesen. Ein Unternehmen, welches BEM bereits durchgeführt hat, gab den Mitarbeitern keine Informationen über die freiwillige Teilnahme der jeweiligen Maßnahmen.

Folgende Maßnahmen wurden von den drei Unternehmen, die BEM bereits genutzt haben, durchgeführt:

- Stufenweise Wiedereingliederung (2)
- individuelle Anpassung der Anforderungen an die Mitarbeiter (2)
- Organisation eines Arbeitsversuches (1).

*(Antworten der Unternehmen/Mehrfachnennung waren möglich.)*

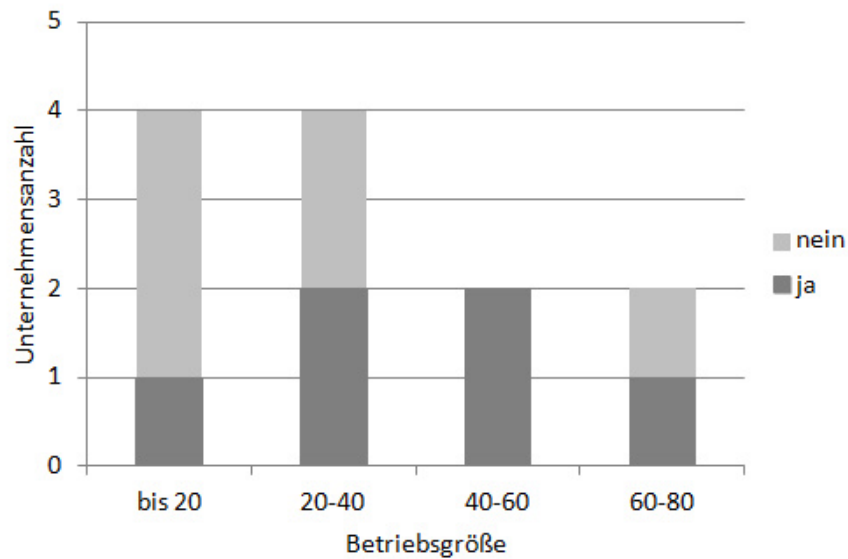
Weiterhin gaben diese Unternehmen an, dass sie „gute Erfahrungen“ gemacht haben, alle Betroffenen „positiv reagierten“ und die Maßnahmen „erfolgreich“ einzuschätzen waren *(vgl. Anhang FB 4,5,9,10)*.

Ein Unternehmen gab an, ein standardisiertes Vorgehen zu verfügen, welches über die Personalabteilung organisiert und dokumentiert wird. Keines der Unternehmen aus der Befragung besitzt eine Betriebsvereinbarung zum BEM. Außerdem wurde bei der Durchführung der BEM-Maßnahmen keine Unterstützung durch externe Einrichtungen, wie Krankenkassen, Integrationsfachdienste, Renten- und Unfallversicherungen oder Berufsgenossenschaften in Anspruch genommen *(vgl. Anhang FB 19-20)*.

Weiter haben fast alle befragten Unternehmen angegeben, keinen Bonus bei den Rehabilitationsträgern oder Integrationsämtern beantragt zu haben. Als Grund dafür wurde die fehlende Kenntnis über verfügbare Boni genannt.

### **Auswertung BGM:**

Da BEM als Bestandteil eines BGM gesehen werden kann, sollte mit den folgenden Fragen geprüft werden, inwiefern andere Maßnahmen des BGM in den Unternehmen verankert sind. Das nachfolgende Diagramm stellt die Ergebnisse in Bezug auf die Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsprävention dar *(vgl. Abb. 18)*. Die Hälfte der befragten Betriebe haben demnach schon Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Mitarbeiter durchgeführt.



**Abbildung 17 – Durchführung Maßnahmen Gesundheitsprävention**

So gibt es bei den Betrieben bis 20 Mitarbeitern ein Unternehmen von vier Befragten, welches Angebote zur Gesundheitsförderung anbietet. Bei einer Mitarbeiterstärke von 20 bis 40 sind es zwei von vier Unternehmen, deren Angestellte diese speziellen Angebote nutzen können. Die an der Befragung teilnehmenden mittelständischen Unternehmen mit 40-60 Mitarbeitern stellen allen ihren Mitarbeitern Präventionsangebote zur Verfügung. Bei den zwei größten Unternehmen bietet nur eine Firma Maßnahmen zur Gesundheitsprävention an (vgl. Abb. 18).

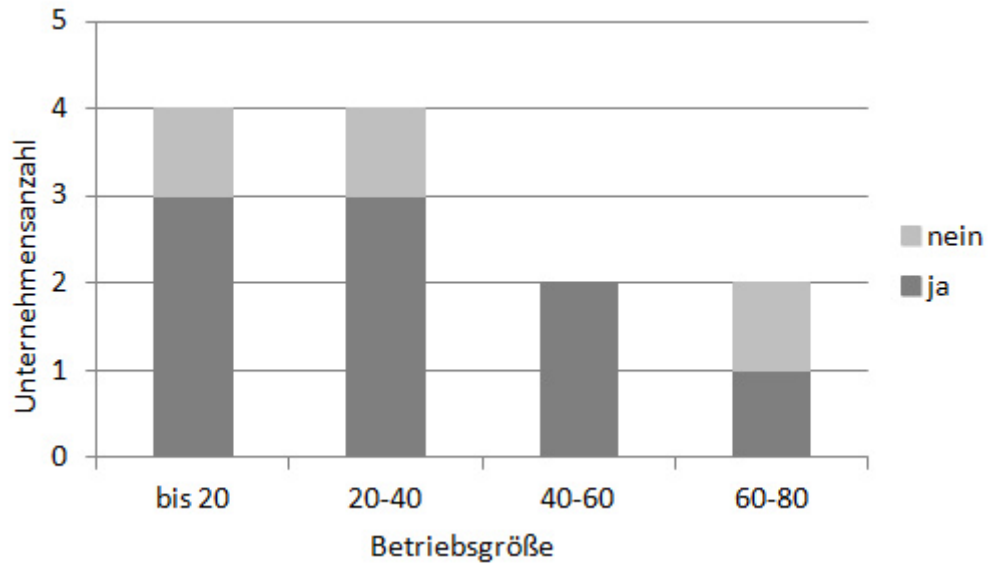
Folgende Maßnahmen werden in den befragten Unternehmen, die Gesundheitsprävention durchführen (6) angeboten (Mehrfachnennungen möglich):

- Bewegungsangebote (3)
- Stressbewältigungsseminare (1)
- Sonstige Maßnahmen:
  - physiotherapeutische Maßnahmen (z. B. Massage) (2)
  - medizinische Untersuchungen (Augen, betriebsärztliche Untersuchungen) (2).

*(Antworten der Unternehmen/Mehrfachnennung waren möglich.)*

Weiter gehören zum BGM Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Auswertung der Fragen 27-29 ergab, dass neun Unternehmen dies in ihren Betrieb durchführen. Dies sind somit 75% (vgl. Abb. 19).





**Abbildung 18 - Durchführung Maßnahmen BGF**

Dieser Trend lässt sich auch bei den ersten zwei Betriebsgrößen feststellen. Beide Unternehmen mit 40 bis 60 Mitarbeiter sowie ein größeres Unternehmen führen diese Maßnahmen durch. Es ist festzuhalten, dass drei Unternehmen Maßnahmen des BGF durchführen, aber keine gesundheitspräventiven Angebote anbieten (vgl. Abb. 18,19).

Folgende Maßnahmen bieten die Unternehmen an:

- Ergonomische Arbeitsplätze (8)
- Beteiligung der Mitarbeiter bei wichtigen Fragen, die ihre Arbeit betreffen (6)
- individuelle Gestaltung von Arbeitsabläufen (6)
- Klima des Vertrauens, keine Tabuthemen Alter und Krankheit betreffen (6)
- flexible Arbeitszeitmodelle (5)
- Angebote zur gesunden Ernährung (1).

*(Antworten der Unternehmen/Mehrfachnennung waren möglich.)*

Drei Unternehmen gaben an, keine der aufgeführten Maßnahmen aktuell durchzuführen, aber allgemeines Interesse an folgenden Maßnahmen bestände:

- Beteiligung der Mitarbeiter bei wichtigen Fragen, die ihre Arbeit betreffen (2)
- Ergonomische Arbeitsplätze, unter Inanspruchnahme externer Unterstützung (1)
- individuelle Gestaltung von Arbeitsabläufen (1).

*(Antworten der Unternehmen/Mehrfachnennung waren möglich.)*

## 4.4 Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend sollen die gewonnenen Ergebnisse diskutiert und mit der Vergleichsstudie verglichen werden. Durch diesen Vergleich lassen sich weitere wichtige Rückschlüsse zur Thematik ziehen. An der vergleichbaren Studie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales von 2008 nahmen 317 Unternehmen an der bundesweiten Onlinebefragung teil. Davon beschäftigten 66% der befragten Unternehmen mehr als 250 Mitarbeiter, 28% der Unternehmen beschäftigten zwischen 50 bis 249 Mitarbeiter und lediglich 6% der befragten Unternehmen gab eine Beschäftigtenzahl von unter 49 an.<sup>186</sup> Dies zeigt, dass der Fokus dieser Studie auf Betrieben mit einer höheren Beschäftigtenzahl als 49 lag und somit gegenwärtig wenige Kenntnisse von Betrieben mit geringeren Beschäftigtenzahlen vorliegen. Mit der vorliegenden Erhebung konnten neue Aussagen zu dieser Thematik gewonnen werden.

Positiv ist festzustellen, dass alle befragten Unternehmen die Fehlzeiten ihrer Angestellten überwachen, da durch die Erfassung der Fehlzeiten auch die Überwachung hinlänglich der Sechs-Wochen-Frist, welche Grundvoraussetzung für die Einleitung einer BEM-Maßnahme ist, möglich wird. Diese Sechs-Wochen-Frist wird bei einem Großteil der befragten Unternehmen (92%) überwacht. Durch die herangezogene Vergleichsstudie wird erkennbar, dass Betriebe, die BEM bereits durchgeführt haben, häufiger die AU-Tage überwachen.<sup>187</sup> Daraus kann geschlossen werden, dass die befragten Unternehmen der IT-Branche, durch die Überwachung der Sechs-Wochen-Frist eine BEM-Maßnahme im Bedarfsfall einleiten könnten und die Voraussetzung dafür erfüllen.

50% der Unternehmen führen Gespräche mit den betroffenen Mitarbeitern nach Überschreitung der Frist durch, welche telefonisch oder im Mitarbeitergespräch erfolgen. Diese Kommunikationskanäle sind für Unternehmen dieser Größe sehr geeignet, da die Mitarbeiter auf so verstärkt für die Bedeutung der BEM-Maßnahme sensibilisiert werden können. Weiterhin kann durch den persönlichen Kontakt die Bindung zum Unternehmen gestärkt werden. Die Gespräche führten in größeren Betrieben Verantwortliche des Personals oder in kleineren Betrieben die Geschäftsführer persönlich durch. Bei kleinen Unternehmen, wie sie hier untersucht wurden, herrscht eine besondere Unternehmenskultur, die auch gepflegt werden sollte. Dies spiegelt sich im persönlichen Kontakt zwischen den Mitarbeitern und der Führungsebene wider. Aus der

---

<sup>186</sup> Niehaus, M. et al. (Hrsg.): Betriebliche Wiedereingliederung. Studie zur Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX, S.28.

<sup>187</sup> Ebd., S.42.

Vergleichsstudie ist hervorgegangen, dass die Betriebsgröße keinen Einfluss darauf hat, ob Betroffene angesprochen werden oder nicht und weiter, dass diese in Großbetrieben meist schriftlich erfolgt.<sup>188</sup>

Durch die vorliegende Befragung sollte hauptsächlich erfragt werden, ob Betriebe dieser Größenordnung ein BEM thematisieren und gegebenenfalls bereits durchgeführt haben. Lediglich 25% der teilnehmenden Unternehmen haben BEM bereits thematisiert. Laut der vergleichbaren Studie haben bereits 69% der Unternehmen BEM thematisiert, jedoch nur 23% der Unternehmen, welche vergleichbare Mitarbeiterzahlen zur durchgeführten Studie aufweisen.<sup>189</sup> Durch die vorliegenden Zahlen wird deutlich, dass auch neun Jahre nach Einführung des § 84 Abs. 2 SGB IX das BEM unter klein- und mittelständischen Betrieben nur wenig Anwendung findet. Hier sollten vor allem die Bundesministerien und Rehabilitationsträger verstärkt Informationen an die Unternehmen weitergeben. Durch das Verdeutlichen der Vorteile, die ein BEM für Unternehmen bringen kann, könnten Arbeitgeber dazu angehalten werden, sich mit dieser Thematik verstärkt auseinander zu setzen (*vgl. Kapitel 3.1*). Internetlinks mit Informationen zu dieser Thematik sind im Anhang zu finden (*vgl. Anhang C*).

Weiterhin muss erforscht werden, welche Gründe vorliegen, weshalb BEM nur in wenigen Unternehmen thematisiert wurde. Als Schwachstelle der durchgeführten Befragung kann das Fehlen dieser Fragestellung angeführt werden. In nachfolgenden Forschungen zum Thema BEM sollte dieser Aspekt berücksichtigt werden, um der geringen Durchführung geeigneter BEM-Maßnahmen in mittelständischen Betrieben gezielter entgegenwirken zukönnen.

Aufgrund der geringen Erfahrungen mit dem BEM seitens der befragten Unternehmen können keine Rückschlüsse auf das Erreichen der Zielvorgaben gezogen werden. Hier sind ebenfalls weitere Forschungen notwendig. In der Vergleichsstudie konnten 36% der Unternehmen, die BEM durchgeführt haben, Fehlzeiten senken.<sup>190</sup> Doch auch hier lassen sich aufgrund der geringen Fallzahlen nur bedingt Rückschlüsse auf mögliche, positive Effekte für das Unternehmen, sowie für die betroffenen Mitarbeiter ziehen. Inwieweit die vom Bund gesetzten Ziele und gewünschten Effekte des BEM in der Praxis wirklich werden, wird sich in der Zukunft zeigen. Denn erst durch die steigende Akzeptanz der Maßnahmen und die möglicherweise damit einhergehende Erhöhung der Durchführquote

---

<sup>188</sup> Vgl. ebd., S.43ff.

<sup>189</sup> Vgl. ebd., S.33f.

<sup>190</sup> Ebd., S.93.

kann erst ersichtlich werden, ob BEM ein geeignetes Instrument ist, um die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und ihr entgegenzuwirken.

Wenn man das Interesse zum BEM in Bezug zur Unternehmensgröße stellt, muss festgestellt werden, dass, auch begründet durch die geringe Teilnehmerzahl, sich nur bedingt Rückschlüsse auf Zusammenhänge dieser beiden Parameter schließen lassen. Es sind lediglich Tendenzen feststellbar, die sich aber in den Ergebnissen der Forschungsstudie vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales widerspiegeln. So ist BEM in größeren Unternehmen bereits weiter verbreitet und auch öfters durchgeführt worden, als in kleineren Unternehmen.<sup>191</sup> Die vorliegenden Ergebnisse zeigten, dass kein Unternehmen mit weniger als 20 Mitarbeitern BEM thematisiert oder geplant hat. Erst mit steigender Mitarbeiterzahl erhielt BEM Zugang in die Unternehmen.

Weiter zeigten die Ergebnisse, dass lediglich eines der befragten Unternehmen über eine standardisierte Vorgehensweise für das BEM verfügt. Jedoch hat dies in dem Unternehmen noch keine Anwendung gefunden. Diejenigen Unternehmen, welche ein BEM bereits durchgeführt haben, taten dies nicht nach einer standardisierten Vorgehensweise. 40% der befragten Unternehmen der Vergleichsstudie gingen hingegen beim BEM standardisiert vor. Dieser Aspekt lässt sich auf die höheren Mitarbeiterzahlen der Unternehmen der Vergleichsstudie zurückführen. Aber auch für die klein- und mittelständischen Unternehmen wäre eine standardisierte Vorgehensweise empfehlenswert, da diese so im Bedarfsfall die Maßnahmen gezielt einleiten könnten. Aus diesem Grund wird im nachfolgenden Kapitel 4.4 ein Vorschlag für eine standardisierte Vorgehensweise für diese Unternehmen gegeben, denn dadurch kann den Unternehmen eine Hilfestellung zur Durchführung der BEM-Maßnahmen gegeben werden. Somit kann die noch herrschende „Unwissenheit“ zum Thema ebenfalls überwunden werden.

Gleichermaßen konnte bei den zwölf teilnehmenden Unternehmen festgestellt werden, dass BEM kein Bestandteil einer Betriebsvereinbarung ist. Ausschlaggebend für das Fehlen einer Betriebsvereinbarung (BV) in allen befragten Unternehmen ist, dass Unternehmen dieser Größe nur selten über eine Arbeitnehmervertretung verfügen. Bei 38% der befragten Unternehmen aus der Vergleichsstudie ist BEM Bestandteil einer solchen Vereinbarung, was ebenfalls auf die Betriebsgröße zurückzuführen ist.<sup>192</sup> Ziel sollte es in naher Zukunft sein, dass der Anteil in Unternehmen mit einer

---

<sup>191</sup> Ebd., S.33.

<sup>192</sup> Ebd., S.53.

Arbeitnehmervertretung signifikant gesteigert werden kann, um Wiedereingliederungsmaßnahmen in die betriebliche Praxis fest integrieren zu können. Eine Mustervorlage für eine solche Betriebsvereinbarung ist im Anhang B zu finden.

Eine weitere wichtige Erkenntnis, die die Studie zeigt, ist, dass keines der Unternehmen Unterstützung durch Krankenkassen, Berufsgenossenschaft, Renten- oder Unfallversicherung in Anspruch nahm. Als Grund dafür kann die geringe Durchführquote von Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung genannt werden und der damit verbundene geringe Informationsstand bzgl. BEM seitens der Unternehmen. Hier sollte unbedingt seitens der Rehabilitationsträger eine verstärkte Aufklärungsarbeit geleistet werden. Denn besonders kleine Unternehmen können durch professionelle Unterstützung BEM-Maßnahmen erfolgreich praktizieren, da diesen zur eigenständigen effektiven Durchführung eines BEM oftmals die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen fehlen. Denn professionelle Berater, wie die Rehabilitationsträger oder zertifizierte Disability Manager, können durch deren jahrelangen Erfahrungen auf diesem Feld effektive Maßnahmen aufzeigen und zur erfolgreichen Umsetzung beitragen. Internetlinks zertifizierter Disability Manager sind im Anhang zu finden (*vgl. Anhang C*).

Bei der Befragung konnte festgestellt werden, dass keines der Unternehmen einen Bonus oder Prämien für die Ein- bzw. Durchführung eines BEM beantragt haben. Auch in der Vergleichsstudie gaben lediglich 11% der Unternehmen an dies beantragt zu haben.<sup>193</sup> Die Hauptursache für diesen Sachverhalt könnte darin begründet sein, dass die Wenigsten der befragten Unternehmen Kenntnisse über die Boni bzw. Prämien besitzen. Dies gaben sieben der befragten Unternehmen an. In diesem Falle sollten die Rehabilitationsgeber oder Integrationsämter die Anreizsysteme für ein BEM stärker bewerben, um die Bedeutung des BEM weiter zu stärken. Auch sollte die Vergabe von Boni oder Prämien nicht an die Einführung eines BEM, sondern an den Erfolg der Maßnahmen gebunden sein.

Die von den Maßnahmen des BEM am häufigsten durchgeführte Maßnahme war mit drei Nennungen die stufenweise Wiedereingliederung. Dies wird auch durch die Vergleichsstudie, in der die stufenweise Wiedereingliederung ebenfalls am häufigsten genannt wurde, bestätigt.<sup>194</sup> Weiterhin wurden organisierte Arbeitsversuche (2 Nennungen) durchgeführt sowie die technische Ausstattung des Arbeitsplatzes modifiziert

---

<sup>193</sup> Vgl. ebd., S. 55.

<sup>194</sup> Vgl. ebd., S. 56.

und die Arbeitszeit verringert (jeweils 1 Nennung). Die stufenweise Wiedereingliederung eignet sich gerade für klein- und mittelständische Unternehmen, da der betroffene Arbeitnehmer während der Wiedereingliederung weiterhin krankgeschrieben ist und somit Krankengeld bezieht. Dadurch fällt für das Durchführen der Maßnahme für die Unternehmen kein finanzieller Mehraufwand an. Das BEM sollte für den betroffenen Arbeitnehmer nach der erfolgreichen Durchführung der Maßnahme nicht einfach enden, sondern in ein ganzheitliches BGM integriert werden, damit die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters dauerhaft gewährleistet wird. So könnte der Mitarbeiter im Anschluss bspw. zur Teilnahme an Gesundheitscoachings oder Bewegungsprogrammen eingeladen werden. Denkbar wäre auch eine Kombination von Maßnahmen, wie der Umgestaltung des Arbeitsplatzes nach einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Weiter ergab sich aus den Ergebnissen, dass die BEM-Maßnahmen in allen Fällen sowohl von der Geschäftsführung als auch von den Mitarbeitern positiv bewertet wurden. Das heißt, BEM kann auch in kleinen Unternehmen erfolgreich angewendet werden. Dies ergibt sich auch aus dem Vorteil, dass sich Mitarbeiter in kleineren Betrieben oft mit der Geschäftsführung emotional verbunden fühlen. Interesse an einer erfolgreichen Wiedereingliederung besteht bei beiden Seiten, um so krankheitsbedingte Kündigungen vermeiden zu können. Auch in der Vergleichsstudie wurde BEM von insgesamt 75% der Befragten positiv bewertet. Im Forschungsbericht wurde allerdings Kritik seitens der Personalräte laut, da Beschäftigte Sorge um Erhalt des Arbeitsplatzes und das Gefühl bei Krankheit kontrolliert zu werden, haben und der Datenschutz nur unzureichend gewährleistet wird.<sup>195</sup> Diese Bedenken könnten ebenfalls durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit aus dem Weg geräumt werden. In Zusammenhang mit den BEM-Maßnahmen wurden ebenfalls Fragen zum Gesundheitsprävention und -förderung gestellt, da diese ebenso wie das BEM Teil des BGM sind. So sollte geprüft werden, ob BEM in den Betrieben integrierter Teil eines BGM gesehen werden kann.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass diese Maßnahmen bereits eine breitere Anwendung als das BEM finden. Besonders Maßnahmen, welche die vertrauensvolle Zusammenarbeit betreffen, werden von fast allen Unternehmen gepflegt. Ebenso sind die Arbeitsplätze fast aller Unternehmen ergonomisch ausgestattet. Deutlich wird, dass alle Unternehmen die BEM bereits thematisiert haben auch andere Maßnahmen des BGM betreiben. Über die Einführung eines ganzheitlichen BGM, bestehend aus der BGF einschließlich präventiver Maßnahmen, dem Arbeitsschutz und dem BEM, könnten die

---

<sup>195</sup> Vgl. ebd., S.82f.

Unternehmen, die kein BEM pflegen, Zugang zu diesem Thema finden. Bei den Präventivmaßnahmen wurde zweifach die Augenuntersuchung genannt, die ist in dieser Branche wegen der Arbeit an Bildschirmarbeitsplätzen hilfreich, sollte aber durch Maßnahmen der BGF, zur Entlastung der Augen ergänzt werden. Dies könnte bspw. eine aktive Pausengestaltung sein.

## **4.5 Vorschlag eines standardisierten Vorgehens zum BEM**

Im folgenden Abschnitt soll Unternehmen der befragten Branche und Größe eine standardisierte Vorgehensweise zur Durchführung einer BEM-Maßnahme angeboten werden. Die Abfolge der einzelnen Schritte ist dabei an das Ablaufschema aus Kapitel 3.5 angelehnt.

Bevor ein Fall von Langzeitkrankheit im Unternehmen auftritt, sollte ein Team zusammengestellt werden, welches im Bedarfsfall tätig wird. Dabei sollte jeder Akteur innerhalb des Teams eine festgelegte Aufgabe zugewiesen bekommen. Mitglieder des Teams können in Unternehmen der Größenordnung bis 80 Mitarbeiter bspw. Mitarbeiter der Personalabteilung bzw. Personalsachbearbeiter oder die Geschäftsführer sein. Durch eine Beteiligung der Geschäftsführung an der Maßnahme kann dem betroffenen Mitarbeiter die Bedeutung seiner Fehlzeit bewusst werden und die Wahrscheinlichkeit einer Zustimmung zur Maßnahme steigen.

Eine Maßnahme des BEM wird eingeleitet, wenn ein Mitarbeiter in den letzten zwölf Monaten länger als sechs Wochen krankheitsbedingt am Arbeitsplatz gefehlt hat. Da bis auf eines der befragten Unternehmen alle diese Sechs-Wochen-Frist überwachen, besteht an dieser Stelle kein Handlungsbedarf. Ein betroffener Mitarbeiter sollte im ersten Schritt entweder in einem persönlichen oder telefonischen Gespräch zu einem Informations- bzw. Beratungsgespräch zum BEM eingeladen werden. Bereits hier sollte auf die Relevanz aber auch auf die Freiwilligkeit der Maßnahme hingewiesen werden. Einer Absage zum Gespräch sollte durch Hervorheben des Nutzens und positiver Beispiele entgegengewirkt werden.

An dem Informationsgespräch sollten vorerst die unternehmensinternen Akteure des BEM sowie der betroffene Mitarbeiter selbst teilnehmen. Zusätzlich kann der direkte

Vorgesetzte des Betroffenen zum BEM-Team hinzugezogen werden, da dieser besser über die Arbeitsplatzsituation und den Mitarbeiter selbst informiert sein kann. Zuerst sollte während des Informationsgespräches geklärt werden, ob die Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitsplatz bedingt ist oder die Arbeitsunfähigkeit die künftige Ausführung der Tätigkeiten des Beschäftigten beeinträchtigt. Ist in einem dieser Punkte Bedarf gegeben, sollte es oberstes Ziel sein, dem durch die Einleitung einer BEM-Maßnahme entgegenzuwirken. Wichtig ist weiter, dass der Mitarbeiter die Einwilligung zur BEM-Maßnahme erteilt. Dazu sollten ihm alle notwendigen Informationen erteilt werden. Hierzu zählen der Umgang mit den erhobenen Daten, der Nutzen der Maßnahme und dass diese jederzeit durch den Mitarbeiter beendet werden kann. Willigt der Betroffene ein, wird dieser zu einem Eingliederungsgespräch eingeladen.

Am Eingliederungsgespräch nehmen alle internen und externen Akteure des BEM teil. Besonders die befragten Unternehmen, mit einer Größe bis 80 Mitarbeiter, sollten dabei unbedingt Hilfe unternehmensexterner Partner in Anspruch nehmen. Dies können bspw. Vertreter der Rehabilitationsträger oder zertifizierte Disability Manager sein. Auch können sich die Unternehmen an die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger wenden, welche in jeder größeren Stadt vertreten sind. Im Anhang D ist ein Verzeichnis mit den Kontaktdaten externer Partner zu finden. Hauptaufgabe des Gespräches ist die Erstellung eines Eingliederungsplanes. In diesem Plan sollten Ziele für einen realistischen Zeitraum festgelegt werden. Für das Erreichen dieser Ziele müssen Maßnahmen geeigneter Weise unter enger Absprache mit dem bestellten Betriebsarzt festgelegt werden. Dieser kann beurteilen, wie sich die Situation am Arbeitsplatz auf den Genesungsprozess des betroffenen Mitarbeiters auswirkt.

Vor Beginn der BEM-Maßnahme ist es ratsam den Arbeitsplatz vom Betriebsarzt dahin gehend prüfen zu lassen, ob die bisherige Arbeitsplatzsituation gesundheitsförderlichen Ansprüchen genügt. Zur Durchführung der Maßnahme ist es Aufgabe der Akteure des BEM-Teams den Betroffenen während der gesamten Wiedereingliederung zu unterstützen. Unabhängig von der Art der Maßnahme zur Wiedereingliederung, sollten wöchentliche Treffen aller Beteiligten vereinbart werden, um den aktuellen Stand der Wiedereingliederung zu überwachen und die Maßnahmen gegebenenfalls zu erweitern oder zu modifizieren. Gleichermaßen ist ggf. eine Zusammenarbeit zwischen dem Betriebsarzt und der ambulanten oder stationären Rehabilitationsklinik empfehlenswert, da durch den Austausch der beiderseitigen Informationen sowohl die medizinische Rehabilitation als auch die betriebliche Eingliederung optimal aufeinander abgestimmt



werden können. Voraussetzung hierfür ist jedoch die Zustimmung des betroffenen Mitarbeiters.

Nach dem geplanten Ende der Maßnahmen ist ein Abschlussgespräch zwischen allen Beteiligten zu führen. Ziel des Gesprächs ist die Klärung, ob die Arbeitsfähigkeit des Mitarbeiters wieder vollständig hergestellt werden konnte. Aufschluss darüber kann eine Beurteilung durch den Betriebsarzt und eine Befragung des betroffenen Mitarbeiters selbst geben. Weiterhin ist die Prüfung der anforderungsgerechten Umsetzung der Maßnahmen vorzunehmen, ob bspw. der Arbeitsplatz so umgestaltet wurde, dass ein beschwerdefreies Arbeiten möglich ist. Wird bei diesem Gespräch festgestellt, dass der Mitarbeiter noch nicht vollständig wiedereingegliedert werden konnte, ist ein erneuter Maßnahmen- und Ablaufplan durch das BEM-Team zu erstellen.

Mithilfe einer weiterführenden Betreuung des Mitarbeiters nach einer erfolgreichen Eingliederung kann erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden. Art und Umfang der Betreuung sind dabei von der Ursache der Arbeitsunfähigkeit abhängig. Allgemein können aber regelmäßige Gespräche zwischen Vertretern des BEM-Teams und betroffenen Mitarbeitern durchgeführt werden, um Signale erneuter Krankheit zu erkennen und dieser frühzeitig entgegenzuwirken. Um diesen Prozess effizient zu gestalten, sollte das BEM in ein BGM integriert sein, da der Wiedereingliederung gesundheitsförderliche Maßnahmen folgen.

Notwendig zur Optimierung künftiger Maßnahmen ist die Dokumentation aller Prozessschritte. Alle vertraulichen, personenbezogenen Daten, die während der Wiedereingliederung erhoben werden, sind getrennt von der Personalakte aufzubewahren und nach Beendigung der Eingliederung zu vernichten.

## 5 Schlussbetrachtungen

Seit Mai 2004 sind Arbeitgeber dazu verpflichtet Mitarbeitern, die innerhalb von zwölf Monaten sechs Wochen krankheitsbedingt fehlen, eine betriebliche Eingliederung anzubieten. Dadurch soll die Arbeitsunfähigkeit überwunden und einer erneuten Fehlzeit vorgebeugt werden. Besonders die durch den demografischen Wandel bedingte Veränderung der Altersstruktur in den Betrieben erhöht die Bedeutung der Maßnahmen der Gesundheitsprävention und –förderung.

Nachdem im theoretischen Teil der Arbeit die Rahmenbedingungen des BGM und insbesondere des BEM näher erläutert wurden, sollte im Praxisteil der Arbeit die Frage geklärt werden, ob und in welcher Weise BEM in mittelständigen Unternehmen der IT-Branche verankert ist. Weiterhin sollte geklärt werden, ob in den Betrieben Strukturen eines BGM vorhanden sind, in die das BEM implementiert werden kann. Hierzu kann festgestellt werden, dass BEM in den befragten mittelständischen Unternehmen der IT-Branche nur zu einem kleinen Teil thematisiert oder durchgeführt wurde und es fast keine standardisierten Vorgehensweisen zu dessen Durchführung gibt. Maßnahmen des BGM dagegen werden bereits von einem Großteil der Unternehmen praktiziert.

Weiter sollte im Praxisteil der Arbeit anhand der gewonnenen Erkenntnisse, wie Unternehmen eine Eingliederung durchführen, eine standardisierte Vorgehensweise erarbeitet werden. Da das BEM in den Unternehmen bisweilen kaum Anwendung gefunden hat, konnte die standardisierte Vorgehensweise nur aus den gewonnenen Erkenntnissen der Literaturrecherche erstellt werden. In diesem Schema werden den Unternehmen Schritte empfohlen, welche sie zu einer Wiedereingliederung durchführen sollten. Wichtig dabei ist für klein- und mittelständische Unternehmen die Zuhilfenahme externer Partner. Dies können bspw. Krankenkassen, Rentenversicherung, Integrationsämter oder Disability Manager sein, die durch hohe Fallzahlen Erfahrung bei der Umsetzung des BEM haben.

Diese Systematik für die Vorgehensweise soll den Unternehmen helfen mit der Wiedereingliederung im Bedarfsfall schneller handeln zu können und diese erfolgreich durchzuführen. Das BEM muss transparent gestaltet sein, um so von allen Beteiligten nachvollzogen werden zu können. Besonders die Ängste der Arbeitnehmer, wie bspw. fehlende Privatsphäre, Angst vor Nachteilen im Betrieb müssen durch aktive

Aufklärungsarbeit seitens der Arbeitnehmer in Mitarbeitergesprächen aus dem Weg geschafft werden.

Unabhängig davon scheint zum gegebenen Zeitpunkt die Informationsarbeit bzgl. BEM seitens der Krankenkassen, Rentenversicherungen, Integrationsämtern als wichtigste Handlung, um BEM in die Unternehmen zu bringen. Die Bereitschaft der Arbeitgeber Rahmenbedingungen zu schaffen, die gesundes Altern mit all seinen auftretenden Hürden ermöglichen, muss in den kommenden Jahren im Denken der Unternehmer verankert werden.

BEM kann als Bestandteil betrieblicher Präventionskultur gesehen werden und ist eng mit BGM verbunden. Durch die Integration dieser Maßnahmen soll eine gesunde und sichere Arbeitsumgebung geschaffen werden, um die Leistungsfähigkeit aller Mitarbeiter bis ins hohe Alter erhalten zu können. So erfüllt sowohl das BEM als auch das BGM nicht nur einen Nutzen für die Angestellten und das Unternehmen, sondern hat auch einen Wert für die Gesellschaft. Durch Prävention können Krankheiten und die damit einhergehenden Kosten aufgrund von Fehlzeiten vermieden werden. Besonders für den Arbeitgeber bietet BEM den Vorteil, dass durch das Erhalten der Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter Know-How im Unternehmen bleibt und Kosten für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter vermieden werden können. Weiter wird durch dieses Gesetz krankheitsbedingten Kündigungen vorgebeugt.

Durch die Befragung wurde deutlich, dass sich die klein- und mittelständischen Unternehmen intensiver mit dem BGM und insbesondere BEM auseinandersetzen müssen, um auch künftig konkurrenzfähig bleiben zu können. Hierzu sollte es auch Aufgabe der Rehabilitationsträger, Bundesämter, Industrie- und Handwerkskammern sein die Arbeitgeber durch verstärkte Informations- und Werbekampagnen für dieses Thema zu sensibilisieren und ihnen Hilfe bei der Durchführung anzubieten. Auch die von den Rehabilitationsträgern angebotenen Prämien oder Boni zur erfolgreichen Einführung des BEM sind bei Arbeitgebern gänzlich unbekannt. Diese sollten ebenfalls stärker beworben und transparenter gestaltet werden.

Ziel ist es für alle Unternehmen unabhängig von deren Größe diese präventiven Maßnahmen fest in die Unternehmenskultur zu integrieren, um die Herausforderungen der kommenden Jahre, insbesondere der veränderten Altersstruktur in den Unternehmen entgegen zu wirken. Inwieweit BEM dazu beitragen kann und die erarbeiteten Vorteile und Möglichkeiten wirklich ausgeschöpft werden können, wird sich in der Zukunft zeigen.

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A., Übersetzung durch Franke (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: DgvtVerl.
- Badura, B.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Was ist das, und wie lässt es sich erfolgreich praktizieren? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 44 (2001), S. 780–787.
- Badura, B./ Ritter W./ Scherf M.: Der Zusammenhang zwischen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In: Badura, B./ Ritter W./ Scherf M. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis, Berlin: Edition Sigma 1999, S.15-20.
- Bizer, J.: Betriebliches bzw. Behördliches Eingliederungsmanagement. In: DuD, 12 2008, S.817.
- Böhnke, E.: Standards für das Gesundheitsmanagement in der Praxis. Konsequenzen des gesetzlichen Präventionsauftrags für Unternehmen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz, Wiesbaden: GWV Fachverlag 2006.
- Brandenburg, W./ Nieder, P.: Betriebliches Fehlzeitenmanagement. Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement (2., überarb., erw. Auflage), Wiesbaden: Gabler 2009.
- Buser, K. et al: Kurzlehrbuch Medizinische Gesundheit, Medizinische Soziologie (6.Auflage), München: Elsevier 2007.
- Chapman, L. S.: Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. The Art of Health Promotion, S.1-11.
- Draxler, Th./ Cheung, A.: 30 Minuten Gesundheitsmanagement, Offenbach: Galber 2010.
- Esslinger, A. S./ Emmert, M./ Schöffski, O.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. (1.Auflage), Wiesbaden: Gabler Verlag 2010.
- Faller, G.: Was ist BGF? In: Lehrbuch - Betriebliche Gesundheitsförderung (2.Auflage), Bern: Hans Huber Verlag (2012), S.15-27.
- Faller, H./Lang,H. Medizinische Psychologie und Soziologie, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2010.
- Flato, E./ Reinbold-Scheible S.: Zukunftweisendes Personalmanagement. Herausforderung demografischer Wandel, München: Finanzbuch Verlag 2008.
- Goldgruber, J.: Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung, Wiesbaden: Gabler Verlag 2012.
- Greiner, B.: Der Gesundheitsbegriff. In: Bramberg, E. (Hrsg.): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung: arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte, Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1998, S.39-59.

- Gröben, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement von Mitarbeitern mit psychischen Störungen. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 4, 6 (2011).
- Heidenreich, J.: Ein lohnendes Investment. In: Die Personalwirtschaft 12 (2010), S. 46-48.
- Jung, H.: Personalwirtschaft (9. Auflage), München: Oldenbourg Verlag 2011.
- Mehrhoff, F.: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Herausforderung für Unternehmen. In: Badura, B./ Schellschmidt H./ Vetter C.: Fehlzeitenreport 2006. Chronische Krankheiten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2006, S.127-138.
- Meyer, M. et al.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011. In: Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2012, S.291-476.
- Müller-Rawlings, E.: Recht. In: MTA Dialog 3 (2013), S.249-251.
- Neufeld, T.; Führung und Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement aus rechtlicher Sicht. In: Badura, B. et al.: Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2011, S.103-110.
- Kramer, I. et al.: Die Evidenz für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura, B./ Schröder H./ Vetter C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2009.
- Kuhn, K.: Arbeitsbedingte Einflüsse bei der Entstehung chronischer Krankheiten. In: Badura, B./ Schellschmidt H./ Vetter C.: Fehlzeitenreport 2006. Chronische Krankheiten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2006, S.425-44.
- Radunz, V./ Kretschmer V.: Betriebliches Gesundheitsmanagement und krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Bundesverwaltung. In: In: Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2011, S. 393-406.
- Rixgens, P./ Badura, B.: Arbeitsbedingungen, Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden –Differenzen in den Einschätzungen von Führungskräften und Mitarbeitern. In: Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 2011, S.61-70.
- Rudow, B.: Des gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen, München: Oldenbourg 2004.
- Salvaggio, N.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Der ökonomische Nutzen der Unternehmen bei betrieblicher Gesundheitsförderung, Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2007.
- Schneider, C.: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Nebenwirkung Gesundheit (2. Auflage), Bern: Verlag Hans Huber 2012.

- Seel, H.: Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung. In: Lehrbuch - Betriebliche Gesundheitsförderung (2.Auflage), Bern: Hans Huber Verlag (2012), S.207-214.
- Seitz, C.: Lebenslanges Lernen ein Selbstverständnis? Qualifizierung älterer Mitarbeiter. In: Wirtschaft und Berufserziehung, Heft 11 2004, S.9-16.
- Slesina, W.: Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51, 3 (2008). S. 296–304.
- Stoffel, S. et al.: Baukasten für betriebliche Gesundheitsförderung. Module für Gesundheit und Leistungsfähigkeit im (Berufs-)leben, Aachen: Meyer&Meyer Verlag 2012.
- Uhle, T./ Treier, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 2011.
- Ulich, E./ Wülser, M.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (3., überarb. Auflage), Wiesbaden: Gabler 2009.
- Waller, H. Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis (2. überarb. Auflage), Stuttgart: W. Kohlhammer 1996.
- Weiler, S. et al.: Arbeitsplatzorientierte Rehabilitation und Wiedereingliederung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (65) 4 (2011), S.297-303.

### **Internetquellen:**

- AOK-Plus: AOK-Gesundheitsbericht 2012. Fehlzeiten in Sachsen. Zugriff unter: <http://www.aok-bgf.de/aokplus/downloads1.html>. (16.08.2013).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011. Unfallverhütungsbericht Arbeit, 2011. Zugriff unter:[http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga2011.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga2011.pdf?__blob=publicationFile&v=6) (16.08.2013).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2): Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE (2007). Zugriff unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF/Publikationen/f372forschungsbereichteibe.pdf;jsessionid=D4FD1D1A8C3F0C63E6B58D9D81EAE80?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF/Publikationen/f372forschungsbereichteibe.pdf;jsessionid=D4FD1D1A8C3F0C63E6B58D9D81EAE80?__blob=publicationFile&v=6) (18.08.2013).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: Ratgeber Demografie. Tipps und Hilfen für Betriebe. 2007. Zugriff unter:<http://www.bmwi.de/DE/Mediathek/publikationen,did=231932.htm?view=renderPrint> (16.08.2013).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (2004). In: Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 8. Zugriff unter: [http://www.schwab.de/pdf/Arbeitshilfe\\_Wiedereingliederung\\_222.pdf](http://www.schwab.de/pdf/Arbeitshilfe_Wiedereingliederung_222.pdf) (18.08.2013).
- BKK: Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern, Krankheit versorgen, mit Krankheit leben. Zugriff unter: <http://www.bkk.de/arbeitgeber/bkk-gesundheitsreport/> (16.08.2013).

- Deutsche Rentenversicherung: Betriebliches Eingliederungsmanagement. Stand 2010. Zugriff unter: [http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/203202/publicationFile/37514/handlungsleitfaden\\_download.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/203202/publicationFile/37514/handlungsleitfaden_download.pdf) (17.08.2013).
- Deutsche Rentenversicherung (2): G838 Internetformular der Deutschen Rentenversicherung (2012). Zugriff unter: <http://www.deutsche-entenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/217660/publicationFile/57814/G088.pdf> (18.08.2013).
- DNBGF: Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Stand 2007. Zugriff unter: <http://www.dnbgf.de/downloads/luxemburger-deklaration.html> (16.08.2013).
- Eberle, G.: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wie Krankenkassen und Berufsgenossenschaften Unternehmen unterstützen können. In: Symposium des Gesunde Städte -Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 5. Juni 2003 in Münster. Zugriff unter: <http://www.muenster.de/stadt/gesundheitsamt/gsn-symposium/pdf/eberle.pdf> (16.08.2013).
- Niehaus, M. et al. (Hrsg.): Betriebliche Wiedereingliederung. Studie zur Umsetzung Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 48 Abs. 2 SGB IX. (2008) Zugriff unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f374-forschungsbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/f374-forschungsbericht.pdf?__blob=publicationFile) (18.08.2013).
- Robert Koch-Institut (Hrsg): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: RKI 2012. Zugriff unter: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.html> (16.08.2013).
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung. Zugriff unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile) (16.08.2013).
- Sockoll, I. et al: iga-Report 13: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. Zugriff unter: <http://www.dnbgf.de/newsarchiv/iga-report-13.html> (17.08.2013).
- VDBW: VDBW Leitfaden. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Zugriff unter: [http://www.vdbw.de/fileadmin/01Redaktion/0Verband/02PDF/Leitfaden/Leitfaden\\_Betriebliche\\_Gesundheits%C3%B6rderung\\_RZ3.pdf](http://www.vdbw.de/fileadmin/01Redaktion/0Verband/02PDF/Leitfaden/Leitfaden_Betriebliche_Gesundheits%C3%B6rderung_RZ3.pdf) (16.08.2013).
- VDBW (2): VDBW Leitfaden. Wiedereingliederung. Zugriff unter: [http://www.udk-berlin.de/sites/content/e177/e88/e46921/e175859/e175863/infoboxContent17586/VDBW-Leitfaden\\_Wiedereingliederung\\_ger.pdf](http://www.udk-berlin.de/sites/content/e177/e88/e46921/e175859/e175863/infoboxContent17586/VDBW-Leitfaden_Wiedereingliederung_ger.pdf) (17.08.2013).
- WHO: Constitution of World Health Organization. Zugriff unter: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/> (16.08.2013).
- WHO (2): Zentrale Elemente von „Gesundheit 2020“. Zugriff unter: <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/what-are-the-key-components-of-health-2020> (16.08.2013)

## **Anhangverzeichnis**

Anhang A	Fragebogen
Anhang B	Vertriebsvereinbarung zum BEM
Anhang C	Tabelle relevanter BEM-Dienstleister und einige Informationsseiten



**Anhang A: Fragebogen**

Leipzig, den 16.06.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meines Studiums der Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule für Wirtschaft und Technik in Mittweida verfasse ich derzeit meine Abschlussarbeit mit dem Titel „Die Stellung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ausgewählter mittelständischer Firmen der IT-Branche und Ableitung einer standardisierten Vorgehensweise bei Wiedereingliederung von Mitarbeitern“. Das Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, ob mittelständische Unternehmen der IT-Branche bereits Erfahrungen mit dem Thema Betriebliches Eingliederungsmanagement, zu dessen Durchführung Arbeitgeber laut § 84 Absatz 2 SGB IX bei krankheitsbedingten Ausfallzeiten von mindestens 6 Wochen innerhalb eines Jahres verpflichtet sind, gemacht haben und wie diese Erfahrungen ausfallen. Weiterhin soll beleuchtet werden, ob in den Firmen ein Betriebliches Gesundheitsmanagement praktiziert wird oder Ansätze vorhanden sind in denen das Betriebliche Eingliederungsmanagement implementiert ist. Mit Hilfe der ausgefüllten Fragebögen soll dann ein, für diese Branche, standardisierter Handlungsleitfaden für den Ablauf einer Wiedereingliederung erarbeitet werden.

Anbei sende ich Ihnen einen Fragebogen zum Unternehmen und einen Fragebogen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Die Antworten des Fragebogens zum Unternehmen dienen nur zur Angabe der Quellen und werden nicht mit den Antworten des Fragebogens zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement in Verbindung gebracht. Diese Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir die ausgefüllten Fragebögen bis spätestens zum 15. Juli 2013 an folgende Adresse zurück senden würden:

**Tobias Mäder**  
**Möckernsche Str. 30a**  
**04155 Leipzig**

oder eingescannt an: [tmaeder@htwm.de](mailto:tmaeder@htwm.de)

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Unterstützung, mit dieser mir sehr geholfen ist. Bei Interesse kann ich Ihnen die Ergebnisse meiner Arbeit gerne zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Tobias Mäder

Anlagen:

- Anlage 1: Fragebogen zum Unternehmen
- Anlage 2: Fragebogen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (anonym)

16.06.2013



**Fragebogen zum Unternehmen**

1. Name des Unternehmens:

.....

2. Anschrift:

.....

.....

.....

3. Wieviele Mitarbeiter hat das Unternehmen?

.....

4. Wer führt den nachfolgenden Fragebogen aus? Welche Funktion im Unternehmen wird ausgeführt?

.....

Tobias Mäder

16.06.2013

**Fragebogen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement**

1. Wie viele Mitarbeiter beschäftigt das Unternehmen?

☐ Bis 20

☐ 20 bis 40

☐ 40 bis 60

☐ 60 bis 80

2. Werden die Fehlzeiten der Mitarbeiter zentral erfasst?

☐ Ja

☐ Nein

3. Wird die Frist von 6 Krankheitswochen im Jahr überwacht?

☐ Ja

☐ Nein

4. Werden Erkrankte nach 6 Wochen angesprochen?

☐ Ja

☐ Nein

5. Wie erfolgt die Erstansprache?

☐ Schriftlich

☐ Direktes Gespräch

☐ Telefonisch

6. Wurde BEM im Unternehmen bereits thematisiert?

☐ Ja

☐ Nein

7. Wurden die Mitarbeiter über das BEM informiert?

☐ Ja

☐ Nein

8. Wenn Ja, wie wurden die Mitarbeiter informiert?

☐ Belegschaftsversammlung

☐ Aushang

☐ Rundbrief

☐ Sonstiges

9. Wurde BEM im Unternehmen bereits durchgeführt?

☐ Ja

☐ Nein

Tobias Mäder

1

16.06.2013



10. Wenn ja, waren die Maßnahmen des BEM geplant? ☐ Ja ☐ Nein

11. Wenn Nein, sollen die Maßnahmen künftig geplant werden? ☐ Ja ☐ Nein

12. Wurde auf Freiwilligkeit der BEM-Maßnahme hingewiesen? ☐ Ja ☐ Nein

13. Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

☐ Stufenweise Wiedereingliederung

☐ Verbesserung der technischen Ausstattung des Arbeitsplatzes

☐ Organisierung eines Arbeitsversuches

☐ Verringerung der Arbeitszeit

☐ Sonstige .....

14. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Nennen Sie diese bitte in kurzer Form.

.....  
.....  
.....  
.....

15. Wer ist am BEM-Prozess beteiligt?

☐ Personalverantwortliche

☐ Direkter Vorgesetzte

☐ Geschäftsführung

☐ Sonstige .....

16. Gibt es ein standardisiertes Vorgehen für die Arbeit mit BEM? ☐ Ja ☐ Nein

16.06.2013



17. Wenn Ja, beschreiben Sie dieses bitte kurz

.....

.....

.....

.....

18. Gibt es eine Betriebsvereinbarung zum Thema BEM? ☐ Ja ☐ Nein

19. Wird zur Durchführung des BEM Unterstützung externer Einrichtungen in Anspruch genommen?

☐ Ja ☐ Nein

20. Wenn Ja, durch welche Einrichtung?

- ☐ Integrationsamt
- ☐ Krankenkassen
- ☐ Integrationsfachdienst
- ☐ Rentenversicherung
- ☐ Berufsgenossenschaft
- ☐ Unfallversicherung
- ☐ Sonstige

21. Wurde ein Bonus bei Rehabilitationsträgern oder Integrationsämtern beantragt?

☐ Ja ☐ Nein

16.06.2013



22. Wenn Nein, warum wurde kein Bonus beantragt?

- ☐ Keine Kenntnis über verfügbare Boni
- ☐ BEM-Maßnahme war nicht erfolgreich
- ☐ Sonstige.....

23. Würden Sie Ihre Erfahrungen mit BEM für gut bewerten?

- ☐ Ja                      ☐ Teilweise                      ☐ Nein

24. Wenn Ja, warum?

.....

.....

.....

Wenn Nein, warum nicht?

.....

.....

.....

25. Werden im Unternehmen Maßnahmen der Gesundheitsprävention angeboten?

- ☐ Ja              ☐ Nein

26. Wenn Ja, welche Maßnahmen werden angeboten?

- ☐ Bewegungsangebote
- ☐ Suchtprävention
- ☐ Stressbewältigungsseminare
- ☐ Ernährungsberatung
- ☐ Psychologische Beratung
- ☐ Sonstige.....

27. Gibt es im Unternehmen Maßnahmen der gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung?

- ☐ Ja              ☐ Nein



16.06.2013



28. Wenn Ja, welche Maßnahmen gibt es?

- ☐ Ergonomische Arbeitsplätze
- ☐ Beteiligung der Mitarbeiter bei wichtigen Fragen, die ihre Arbeit betreffen
- ☐ Individuelle Gestaltung von Arbeitsabläufen
- ☐ Flexible Arbeitszeitmodelle
- ☐ Klima des Vertrauens, keine Tabuthemen Alter und Krankheit betreffend
- ☐ Gesundheitszirkel
- ☐ Angebote zur gesunden Ernährung
- ☐ Sonstige.....

29. Wenn Nein, welche Maßnahmen wären für Sie von Interesse?

Benötigen Sie bei der Umsetzung Unterstützung?

	Ja	Nein
<input type="radio"/> Ergonomische Arbeitsplätze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Beteiligung der Mitarbeiter bei wichtigen Fragen, die ihre Arbeit betreffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Individuelle Gestaltung von Arbeitsabläufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Flexible Arbeitszeitmodelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Klima des Vertrauens, keine Tabuthemen Alter und Krankheit betreffend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Angebote zur gesunden Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **Anhang B: Betriebsvereinbarung BEM**

### **Betriebsvereinbarung**

**zum**

### **„Betrieblichen Eingliederungsmanagement“ (BEM) (gemäß § 84 Abs. 2, SGB IX)**

zwischen

Geschäftsführung  
der ... GmbH

und

der Mitarbeitervertretung/ Betriebsrat  
der ... GmbH

#### **1. Präambel**

Die Geschäftsführung der ... GmbH sowie der Betriebsrat/  
Mitarbeitervertretung verfolgen gemeinsam das Ziel, die Gesundheit der  
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern.

Auf der Basis der gemeinsamen Zielsetzung erarbeiten beide Vertragsparteien  
im gemeinsamen Dialog Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am  
Arbeitsleben.

Gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX wird ein betriebliches Eingliederungsmanagement  
(BEM) eingeführt.

Ausgenommen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Wege der  
Arbeitnehmerüberlassung im Unternehmen tätig sind.

---



## 2. Ziele

Das betriebliche Eingliederungsmanagement beinhaltet folgende Ziele:

- die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden
- die Arbeitsfähigkeit langfristig zu erhalten
- Behinderungen und chronische Erkrankungen zu vermeiden
- den Arbeitsplatz nachhaltig zu sichern

Es ist das Ziel die Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter im Blick zu haben und ggf. Maßnahmen zu ergreifen, um diese Ziele zu erreichen. Damit soll eine möglichst dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben gewährleistet werden.

Hierzu arbeitet der in Punkt 5 genannte Personenkreis vertrauensvoll zusammen.

Vorgesetzte haben eine besondere Verantwortung für die Gesunderhaltung und das Wohlbefinden ihrer Beschäftigten am Arbeitsplatz. Es ist ihre Aufgabe mit dafür Sorge zu tragen, dass den Arbeitnehmern möglichst frühzeitig präventive Maßnahmen zuteil werden. Daher werden die Vorgesetzten in das Betriebliche Eingliederungsmanagement mit eingebunden, sollte dies der betreffende Mitarbeiter nicht ausdrücklich ablehnen.

Im Vordergrund steht die Fürsorge für die Beschäftigten. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen unterstützt die Motivation und die Gesundheit der Beschäftigten.

Die ... GmbH bekräftigt noch einmal, dass erkrankte Beschäftigte nicht wegen ihrer Krankheit, schwerbehinderte und behinderte Beschäftigte nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligt werden dürfen.

## 3. Geltungsbereich

Die Vereinbarung findet auf alle Mitarbeiter unter Berücksichtigung des § 84 Abs. 2 SGB IX Anwendung, die unabhängig vom Kalenderjahr innerhalb von zwölf Monaten länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt sind. Unerheblich ist, ob der Arbeitnehmer sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist oder ob sich mehrere Fehlzeiten auf sechs Wochen summieren.

---

Hierzu zählen alle Arbeitsunfähigkeitstage, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen. Fehlzeiten bei Erkrankung eines Kindes sowie Fehlzeiten im Rahmen der Pflegerechtsreform ab 01.07.2008 werden nicht berücksichtigt.

Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers bezieht sich auf alle Arbeitnehmer, ob in Teilzeit oder Vollzeit oder mit einem befristeten Arbeitsvertrag. Auszubildende des Unternehmens sind hierin ausdrücklich eingeschlossen. Lediglich sich in der Probezeit befindende Mitarbeiter sind hiervon vorerst ausgeschlossen.

#### **4. Maßnahmen und Handlungsfelder**

Mit Zustimmung und Beteiligung des betroffenen Mitarbeiters wird erarbeitet, mit welchen Leistungen oder Hilfen die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann.

Das Spektrum der Maßnahmen umfasst drei Schwerpunkte:

- Maßnahmen der Prävention
- Maßnahmen der Rehabilitation
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Im Mittelpunkt stehen hier Maßnahmen der alters- bzw. alters- und behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung. Konkrete Handlungsfelder finden sich in den Bereichen Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, Arbeitsumfeld, Personalplanung, Qualifizierung, stufenweise Wiedereingliederung, medizinischen und berufliche Rehabilitation.

Hierbei sind ggf. auch Probleme mit Arbeitsfeld, Arbeitsinhalt, Arbeitsumgebung, Vorgesetztenbeziehung oder sonstige Fragen der Arbeitszufriedenheit mit den Arbeitnehmern zu erörtern.

Mit Zustimmung der Arbeitnehmer ist unter Konsultation der beteiligten betrieblichen Stellen zu klären, ob die Schwierigkeiten durch gezielte Maßnahmen innerhalb des Betriebes überwunden werden können; dabei ist ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, ob und inwieweit Veränderungen am Arbeitsplatz, im Arbeitsumfeld, in der Arbeitsorganisation oder der Arbeitszeit möglich sind.

Mit Zustimmung der Arbeitnehmer ist zu prüfen, ob die Schwierigkeiten durch externe Hilfen überwunden werden können.

Gemeinsam mit den Arbeitnehmern ist zu entscheiden, wann eine Kontaktaufnahme mit dem Betriebs-, dem Hausarzt oder anderen Experten sinnvoll ist

und wann gesundheitliche Maßnahmen, insbesondere medizinische Leistungen zur Rehabilitation angebracht sind.

Der durch den BEM-Beauftragten ggf. in Zusammenarbeit mit internen und externen Partnern vorgeschlagene Maßnahmenkatalog bedarf der Zustimmung der Geschäftsführung.

## 5. Beteiligte

Als Beauftragte im Sinne des BEM werden von der ... GmbH bestellt:

- siehe Anlage 1

Der BEM-Beauftragte steuert als Fallmanager/in den Prozess des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Neben dem BEM-Beauftragten können auf Wunsch des betroffenen Mitarbeiters auch weitere interne Partner mit einbezogen werden:

- unmittelbarer Vorgesetzter
- Betriebsarzt
- Betriebsrat/ Mitarbeitervertretung
- Schwerbehindertenvertretung
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Vertreter der Personalabteilung

Sollte es sinnvoll sein, externe Partner unterstützend mit einzubeziehen, so können nach Zustimmung des Mitarbeiters folgende Einrichtungen einbezogen werden. Dies sind beispielsweise

- Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherungsträger
- Agentur für Arbeit
- Integrationsamt
- Berufsbildungsträger
- Arbeitsmedizinischer/ arbeitspsychologischer Dienst

Die Personalleitung überwacht die Ausführung des Prozesses und ist für die Qualitätssicherung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements verantwortlich.

Organisation:

---



Die Teilnahme eines Mitarbeiters am Betrieblichen Eingliederungsmanagement ist freiwillig und kann jederzeit vom Mitarbeiter beendet werden. Die betroffenen Mitarbeiter sind nicht verpflichtet, über Diagnosen oder Ursachen der Arbeitsunfähigkeit Auskunft zu erteilen.

Die Personalabteilung ermittelt die Mitarbeiter, denen die Teilnahme am betrieblichen Eingliederungsmanagement angeboten werden soll.

- Mitarbeiter, die in einem zusammenhängenden Zeitraum länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt sind.

*Ziel: Wiedereingliederung*

Diese werden von der Personalabteilung schriftlich zu einem Informationsgespräch „Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)“ eingeladen. Dies erfolgt nach vorheriger Rücksprache mit dem Vorgesetzten spätestens nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit. Die Teilnahme hieran ist freiwillig. Die betreffenden Mitarbeiter haben die Wahl zu dem BEM-Beauftragten auf Wunsch weitere Beteiligte zu benennen.

Wir unterscheiden

- Mitarbeiter die z.B. ein Bein gebrochen haben
- Mitarbeiter deren Erkrankungsursache im Dunkeln liegt

sowie

- Mitarbeiter, deren Fehlzeiten sich über einen Zeitraum von 12 Monaten auf mehr als sechs Wochen summieren.

*Ziel: Erhalt und Wiederherstellung der kontinuierlichen und dauerhaften Arbeitsfähigkeit*

Diese erhalten von der Personalabteilung nach vorheriger Rücksprache mit dem Vorgesetzten, eine Einladung zu einem Beratungsgespräch. Dieser betreffende Mitarbeiterkreis wird quartalsweise / monatlich von der Personalabteilung ermittelt.

---

Die weitere Vorgehensweise ist in beiden Fällen wie folgt:

Im Beratungsgespräch hat der BEM-Beauftragte die Aufgabe, den betreffenden Mitarbeiter über die Ziele und Aufgaben des Betrieblichen Eingliederungsmanagements zu informieren. Danach entscheidet der Beschäftigte, ob er das BEM in Anspruch nehmen möchte oder nicht.

Ist es der Wunsch des Arbeitnehmers, am Betrieblichen Eingliederungsmanagement teilzunehmen, so findet ein Beratungsgespräch statt. Die betreffenden Mitarbeiter haben die Wahl zu dem BEM-Beauftragten auf Wunsch weitere Beteiligte zu benennen.

In dem Beratungsgespräch ist das erste Ziel die gemeinsame Analyse der aktuellen Situation sowie die Klärung, ob Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit in der beruflichen Arbeitssituation liegen. Danach soll die Einleitung, Organisation und Koordination von Maßnahmen folgen.

Nach Abschluss des BEM bewertet der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung das Betriebliche Eingliederungsmanagement.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist abgeschlossen, wenn die unter Punkt 2 genannten Ziele und Aufgaben erreicht wurden bzw. nach einem oder mehreren Gesprächen festgestellt werden muss, dass sie sich nicht erreichen lassen. Auch dies ist einvernehmlich mit dem Beschäftigten festzustellen und schriftlich zu dokumentieren. Ggf. kommt, sofern die Voraussetzungen erneut erfüllt sind, nach einem angemessenen Zeitraum (ca. 12 Monate) ein erneutes Betriebliches Eingliederungsmanagement in Betracht. Der Mitarbeiter hat ebenfalls jeder Zeit die Möglichkeit von sich aus das Betriebliche Eingliederungsmanagement zu beenden, ohne, dass er dazu verpflichtet ist Gründe zu nennen.

Der Betriebsrat/ Mitarbeitervertretung wird über den Beginn und Abschluss jedes einzelnen BEM-Falles schriftlich informiert.

## **6. Datenschutz und Dokumentation**

### **Datenschutz:**

Das betriebliche Eingliederungsmanagement erfolgt unter Wahrung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Sollte die Weitergabe personenbezogener Daten während des Eingliederungsprozesses erforderlich sein, so hat der BEM-Beauftragte den

Beschäftigten hierüber aufzuklären und seine ausdrückliche schriftliche Zustimmung einzuholen.

Die erhobenen Daten dürfen ausschließlich für die in dieser Vereinbarung benannten Ziele des BEM verwandt werden. Sie dienen dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes. Zu anderen Zwecken ist ihre Verwendung untersagt.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen vom BEM-Beauftragten und sonstigen, auf Wunsch des Mitarbeiters, hinzugezogenen Personen keine Einzelfälle bekannt gegeben werden, sondern ggf. nur Fallzahlen und Maßnahmen, die keinen Rückschluss auf Einzelpersonen zulassen.

#### Dokumentation:

Der BEM-Beauftragte koordiniert und steuert die einzelfallbezogenen Maßnahmen in enger Kooperation mit den vom Mitarbeiter ausgewählten internen und externen Partnern.

In der Personalakte aufgenommen wird ausschließlich das Angebot, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen, das Einverständnis bzw. die Ablehnung des Mitarbeiters, die Beendigung des BEM. Soweit es notwendig sein sollte, weitere Dokumente in die Personalakte aufzunehmen, bedarf dies der ausdrücklichen Zustimmung des Mitarbeiters.

Der BEM-Beauftragte dokumentiert den weiteren Prozessverlauf. Die Protokolle sowie alle weiteren anfallenden Unterlagen bewahrt der BEM-Beauftragte unter Verschluss in einer Sachakte auf. Die betreffende Person hat jederzeit das Recht auf Einsichtnahme in diese Sachakte.

### **7. Inkrafttreten und Geltungsdauer dieser Vereinbarung**

Diese Vereinbarung tritt am 00.00.20\_\_ in Kraft. Sie kann durch die Geschäftsführung der ... GmbH und den Betriebsrat der ... GmbH ganz oder teilweise unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende schriftlich gekündigt werden.

Sie wirkt nach, bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung. Nach einer Kündigung sind umgehend neue Verhandlungen aufzunehmen.

Widerspricht eine Vorschrift dieser Vereinbarung höherrangigem Recht, so bleibt die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen davon unberührt. Die Parteien der Betriebsvereinbarung verpflichten sich, diese unwirksame Vorschrift durch eine ihr inhaltlich entsprechend wirksame Vorschrift zu ersetzen.

Ort, Datum, Unterschrift Geschäftsleitung

Ort, Datum, Unterschrift Betriebsrat/ Mitarbeitervertretung

Ort, Datum, Unterschrift Schwerbehindertenvertretung

---

<sup>196</sup> [www.gesundheitsmanagement24.de: Betriebsvereinbarung. Zugriff unter:  
http://www.gesundheitsmanagement24.de/uploads/tx\\_sbdwdownloader/bv-BEM-mustervorlage.pdf](http://www.gesundheitsmanagement24.de/uploads/tx_sbdwdownloader/bv-BEM-mustervorlage.pdf)  
(18.08.2013)

---



**Anhang C: Tabelle relevanter BEM-Dienstleister und einiger Informationsseiten****Tabelle relevanter BEM-Dienstleister**

Name	Internetadresse
Reha-Servicestellen der Deutschen Rentenversicherung	<a href="http://www.reha-servicestellen.de">www.reha-servicestellen.de</a>
Die deutschen Berufsförderwerke	<a href="http://www.arge-bfw.de/">http://www.arge-bfw.de/</a>
BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH	<a href="http://www.bad-gmbh.de/de/arbeitsschutz/personal/betriebliches_eingliederungsmanagement.html">http://www.bad-gmbh.de/de/arbeitsschutz/personal/betriebliches_eingliederungsmanagement.html</a>
Munda – Gesellschaft für Mensch und Arbeit	<a href="http://www.munda.de/munda/udisabilitymanagement.htm">http://www.munda.de/munda/udisabilitymanagement.htm</a>
Return 2 work – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement	<a href="http://www.return2work.de/betrieblich.htm">http://www.return2work.de/betrieblich.htm</a>
Präventic - Arbeitsschutz- und Gesundheitsservice	<a href="http://www.praeventic.de/home.html">http://www.praeventic.de/home.html</a>
Iga – Initiative Gesundheit und Arbeit	<a href="http://www.iga-info.de/betriebliche-eingliederung/bem-materialsammlung.html">http://www.iga-info.de/betriebliche-eingliederung/bem-materialsammlung.html</a>
Die deutschen Berufsförderwerke	<a href="http://www.arge-bfw.de/">http://www.arge-bfw.de/</a>

*(Quelle: eigene Darstellung, Stand: 18.08.2013)*



**Tabelle einiger Informationsseiten**

<b>Name</b>	<b>Internetadresse</b>
Iga – Initiative Gesundheit und Arbeit	<a href="http://www.iga-info.de/betriebliche-eingliederung/bem-materialsammlung.html">http://www.iga-info.de/betriebliche-eingliederung/bem-materialsammlung.html</a>
ZBFS - Zentrum Bayern Familie und Soziales	<a href="http://www.zbfs.bayern.de/integrationsamt/eingliederungsmanagement/eingliederungsmanagement.html">http://www.zbfs.bayern.de/integrationsamt/eingliederungsmanagement/eingliederungsmanagement.html</a>
BIH Online Akademie, Angebot der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten (BIH)	<a href="http://www.integrationsaemter.de/BEM-Startseite/343c/index.html">http://www.integrationsaemter.de/BEM-Startseite/343c/index.html</a>
Süd- und mittelhessischer RKW-Arbeitskreis "Gesundheit im Betrieb"	<a href="http://www.betriebliche-eingliederung.de/">http://www.betriebliche-eingliederung.de/</a>
AOK. Die Gesundheitskasse	<a href="http://www.aok-business.de/niedersachsen/gesundheit/aok-institut-fuer-gesundheitsconsulting/gesundheit-im-unternehmen/best-practice-beispiele-uebersicht/erfolgreiche-entwicklung-und-einfuehrung-eines-betrieblichen-eingliederungsmanagements-bem/">http://www.aok-business.de/niedersachsen/gesundheit/aok-institut-fuer-gesundheitsconsulting/gesundheit-im-unternehmen/best-practice-beispiele-uebersicht/erfolgreiche-entwicklung-und-einfuehrung-eines-betrieblichen-eingliederungsmanagements-bem/</a>
TK – Techniker Krankenkasse	<a href="http://www.tk.de/tk/tk-angebot/massnahmen/betriebliches-eingliederungsmanagement/197952">http://www.tk.de/tk/tk-angebot/massnahmen/betriebliches-eingliederungsmanagement/197952</a>
Deutsche Rentenversicherung Bund	<a href="http://www.deutsche-rentenversicherung.de">http://www.deutsche-rentenversicherung.de</a>
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	<a href="http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html">http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html</a>
Präventionsportal Betriebliches Eingliederungsmanagement	<a href="http://www.betriebliche-eingliederung.de/">http://www.betriebliche-eingliederung.de/</a>

*(Quelle: eigene Darstellung, Stand: 18.08.2013)*

## **Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Tobias Mäder

Leipzig, den 26.08.2013

---